

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**На правах рукописи**

**УДК. 618.2.514**

**Буриев Хусаин Хамракулович**

**“АКУШЕРСКИЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У ЖЕНЩИН С  
РУБЦОМ НА МАТКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА  
РОДОРАЗРЕШЕНИЕ”**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 5А510101 – АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИИ**

**ДИССЕРТАЦИЯ**

**на соискание академической степени магистра**

**НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ:**

**к.м.н.доц. ДЖУМАНОВ Б.А**

**САМАРКАНД-2016**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ</b> .....	1
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	2
<b>ГЛАВА 1.ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.</b> .....	4
1.1. Роль абдоминального родоразрешения в современном акушерстве ...	4
1.2. Особенности течения беременности и способы родоразрешения женщин с рубцом на матке .....	10
1.3. Ранние и отдаленные осложнения абдоминального родоразрешения ..	18
<b>ГЛАВА 2.МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.</b> .....	25
2.1. Материалы исследования .....	25
2.2 Методы исследования .....	26
<b>ГЛАВА 3.ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ</b>	
3.1. Клиническая характеристика исследуемых групп.. ..	28
3.2. Течение настоящей беременности и родоразрешение женщин с рубцом на матке .....	36
3.3.Перинатальные исходы у женщин с рубцом на матке в зависимости от способа родоразрешения. ....	49
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	61
<b>ВЫВОДЫ</b> .....	69
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b> .....	70
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	71

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

**ВРВ** - варикозное расширение вен

**ВСД** - вегето-сосудистая дистония

**ГСО** - гнойно-септические осложнения

**ЖКТ** — желудочно-кишечный тракт

**ЗВУР** - задержка внутриутробного развития плода

**ЗППП** — заболевания, передающиеся половым путем

**КС** — кесарево сечение

**КТГ** - кардиотокография плода

**КУТ** - клинически узкий таз

**НМЦ** — нарушения менструального цикла

**НПО** — наружные половые органы

**ОРВИ** — острая респираторно-вирусная инфекция

**ПИОВ** — преждевременное излитие околоплодных вод

**ПОНРП** — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

**ПС** - перинатальная смертность

**СДР** - синдром дыхательных расстройств

**СЗП** - свежемороженая плазма

**СПК** - станция переливания крови

**ССС** - сердечно-сосудистая система

**УЗИ** — ультразвуковое исследование

**ФЖ** — фетальная жидкость

**ХГП** — хроническая гипоксия плода

**ХФПН** - хроническая фетоплацентарная недостаточность

**ЦНС** — центральная нервная система

## ВВЕДЕНИЕ.

В современном акушерстве отмечается неуклонный рост частоты кесарева сечения. Расширение показаний к абдоминальному родоразрешению ведет к увеличению числа женщин, имеющих рубец на матке. В последнее десятилетие наметилась тенденция к увеличению числа повторнородящих, в том числе и с рубцом на матке. У каждой четвертой беременной, родоразрешенной путем операции кесарево сечение, имеется рубец на матке после предыдущих оперативных родов [7,36]. Повторное кесарево сечение является технически более сложной операцией. Материнская заболеваемость при повторной операции в 3-4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути. Это ставит перед современным акушерством новую проблему - ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке [19,30,37]. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что абдоминальное родоразрешение и в настоящее время является фактором высокого риска как для матери, так и для новорожденного. В частности, при кесаревом сечении остается высокой частота асфиксии новорожденных, а перинатальная смертность в несколько раз выше, чем при рождении через естественные родовые пути, и достигает 11% [19,30,37]. Несмотря на совершенствование техники операции, методик ушивания разреза на матке, использование современного шовного материала, профилактическое назначение антибиотиков широкого спектра действия, частота гнойно-септических осложнений как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после операции остается достаточно высокой. Одним из основных резервов снижения частоты повторного кесарева сечения является консервативное родоразрешение строго отобранной группы женщин с рубцом на матке. По данным разных авторов, у 30-80% беременных с рубцом на матке возможны роды через естественные родовые пути [7, 23,29]. Таким образом, значение кесарева сечения в современном акушерстве

продолжает возрастать, и оно по праву занимает ведущее место среди всех родоразрешающих операций для обеспечения благоприятных исходов для матери и плода при ряде тяжелых акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний. Однако, данный метод родоразрешения нужно применять строго по показаниям, своевременно, с обязательным учетом всех противопоказаний и соблюдения условий, необходимых для его выполнения.

#### **Цель исследования:**

Изучить особенности течения послеродового периода и ранней адаптации новорожденных у женщин с рубцом на матке в зависимости от способародоразрешения.

#### **Задачи исследования:**

1. Провести ретроспективный анализ динамики частоты кесарева сечения, факторов, влияющих на рост оперативного родоразрешения, структуры интра- и послеоперационных осложнений, по данным родильного дома №1 и №4г. Самарканда в период с 2013 по 2015 год.
2. Выявить особенности течения послеродового периода у родильниц после повторного кесарева сечения и после родов через естественные родовые пути.
3. Оценить состояние лактации у родильниц с рубцом на матке в зависимости от способародоразрешения.
4. Изучить течение раннего неонатального периода у детей, рожденных женщинами с рубцом на матке.

#### **Научная новизна:**

В работе впервые:

1. изучено течение послеродового периода у женщин с рубцом на матке в зависимости от способародоразрешения;
2. выявлены особенности ранней адаптации новорожденных у женщин с рубцом на матке;

3.оценена лактационная функция и психологический статус родильниц с рубцом на матке в зависимости от способа родоразрешения;

## **ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.**

### **1.1. Роль абдоминального родоразрешения в современном акушерстве.**

Кесарево сечение является самой распространенной операцией в акушерстве [1,4,7,9,19,23,27,29,30,36,37]. По мнению Л.М. Комиссаровой (1998, 2000) дальнейший рост частоты кесарева сечения, не сопровождаясь значительным снижением перинатальных потерь, становится серьезной угрозой для здоровья и жизни женщины, особенно при недооценке противопоказаний к операции [29,30,]. Риск осложнений у матери возрастает в 10 и более раз, риск материнской смертности в 5-11 раз [72,126]. Значительная распространенность кесарева сечения повлекла за собой ряд новых проблем: с одной стороны, это рост частоты гнойно-септических заболеваний и поиски эффективных мер их профилактики и лечения, с другой - сложности ведения беременности и родов при рубце на матке после кесарева сечения [10,15,22,47,64,72,87]. Анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о том, что до сих пор нет четкого определения основных показаний к операции кесарево сечение. Многие авторы различают показания к кесареву сечению со стороны матери и плода, но и такое деление во многом считается условным [22,23,31,35,41]. Так, по данным Г.М. Савельевой (2005), основанным на анализе 1190 кесаревых сечений, операция производилась в основном по следующим показаниям: неполноценность рубца на матке - 40%, возраст первородящих старше 30 лет в сочетании с какими-либо дополнительными осложнениями — 13%, неправильное положение плода - 10%, преждевременная отслойка нормально расположенной и предлежащей плаценты — 5 %, тяжелые формы гестозов — 3 %. В процессе родов показанием к кесареву сечению являлись аномалии

родовой деятельности (30%), клинически узкий таз (19%) и др. [89]. Одно из первых мест среди показаний для абдоминального родоразрешения занимает рубец на матке (29,1%). Экстрагенитальная патология в структуре показаний составляет 13,2%, возрастные первородящие с сопутствующей акушерской патологией 8,9% [40,45,51,68]. За последние два десятилетия в связи с интенсивным развитием перинатальной медицины резко возросло количество оперативных родоразрешений, прежде всего в интересах плода, с целью снижения перинатальных потерь [4,60,75,100]. Наряду с развитием перинатологии широкому распространению кесарева сечения также способствуют высокие технологии в хирургии, успешное развитие общей и акушерской анестезиологии, микробиологии, фармакологии, эндокринологии [8,14,43,68,81]. Так же способствовало увеличению частоты кесарева сечения внедрение коммерческих услуг в родильных домах, что увеличило количество оперативных вмешательств по желанию женщины. Необходимо обратить внимание на то, что многие акушеры опасаются юридических разбирательств при неблагоприятном исходе родов через естественные родовые пути [1,12,27,33,51]. По данным отечественных авторов, доля родовой травмы в структуре перинатальной смертности не велика. Новорожденные в 6 раз чаще умирают от респираторных нарушений и в 3,5 раза - от врожденных пороков развития, чем от родовой травмы [4,32,76].

В монографии В.И.Кулакова и соавт. «Кесарево сечение» (2005) приводятся сообщения американских, бразильских и итальянских ученых показавших зависимость частоты кесарева сечения от социально-экономического состояния пациентки - чем выше социально-экономическое положение, тем чаще производится операция кесарево сечение [85].

Рассматривая кесарево сечение как бережный метод родоразрешения для плода, следует помнить о том, что для матери он, на сегодняшний день, безусловно, остается травматичным [10,32,72,98]. Непосредственный риск

для матери представляют анестезиологические и хирургические осложнения, главным образом кровотечение, инфекция, тромбоэмболические нарушения, ранение органов брюшной полости [1,22,26,87]. Кроме этого существуют отдаленные осложнения. Так, у женщин после абдоминального родоразрешения, возрастает риск эктопической беременности, развития бесплодия, невынашивания беременности, возникновения аденомиоза, синдрома тазовых болей, что оказывает негативное влияние на репродуктивную систему женщины и требует больших моральных и материальных затрат для ее коррекции [10,32,71,85].

Контингент беременных с рубцом на матке еще больше увеличивает частоту оперативного родоразрешения, так как в структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке занимает первое место [2,5,16,45,72]. Нельзя не обратить внимание и на тот факт, что оперативное родоразрешение увеличивает такой показатель как койко-день, требует больших материальных затрат, что приводит к значительному возрастанию стоимости акушерской помощи населению. Наметившаяся в последнее время тенденция к снижению профессионализма и квалификации акушеров в ведении родов через естественные родовые пути является очевидным результатом увеличения оперативных родов [72,85,92].

Среди тактических решений, предложенных рядом авторов, которые позволили бы снизить частоту абдоминального родоразрешения, необходимо выделить наиболее значимые:

- грамотное и внимательное ведение беременности врачом женской консультации, с учетом индивидуальных особенностей пациентки;
- ранняя диагностика и своевременная коррекция осложнений беременности;
- тщательный отбор беременных, у которых возможно ведение родов через естественные родовые пути [61,72,75,85].

По данным отечественных и зарубежных ученых, после операции кесарево сечение, выполненной поперечным разрезом в нижнем сегменте



матки, в 40-80% случаев возможно при последующей беременности ведение родов через естественные родовые пути [71,79,88,151].

На сегодняшний день абсолютными противопоказаниями для консервативных родов являются изменения со стороны рубца. Это рубец после корпорального кесарева сечения, два и более рубца на матке, несостоятельность рубца и предлежание плаценты к рубцу [4,59,72,85,124,169].

При определении способа родоразрешения у беременных с рубцом на матке существенное значение имеет состояние рубца и степень биологической готовности организма к родам [33,70,106]. Исход последующих беременностей и родов зависит от репарации тканей матки после ее рассечения, что обеспечивает формирование полноценного рубца. При нарушении процессов заживления раны развивается ранняя и поздняя несостоятельность швов на матке, что может приводить к тяжелым осложнениям у матери [30,32,67,90]. Первичная несостоятельность проявляется развитием метроэндометрита у 98,2% родильниц и перитонита, частота которого составляет 0,75-1% [13,40,51,72,85].

По данным А.Б.Погореловой (1990), А.Н. Стрижакова (1998), В.И.Краснопольского (2003), несостоятельность рубца на матке при выполнении повторного кесарева сечения наблюдалась в 24,1-31,6% случаев, по данным В.И.Кулакова (2000) - 14,8%.

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки поперечным разрезом, являющееся наиболее частым методом абдоминального родоразрешения в настоящее время, предложили в США А.С.Векс (1912), J.B.DeLee, E.L.Cornell(1922), M.M.Kerr(1926), в Германии H.Doerfler(1929), L.Kreul(1933). И на сегодняшний день используются в основном два способа рассечения матки: по Гусакову-Занченко, заключающуюся в тупом разведении мышцы матки после ее небольшого рассечения скальпелем и по Дерфлеру, когда матка разрезается ножницами дугообразно вверх в обе стороны от разреза [23,72,85].

Детали оперативной техники варьируют среди хирургов на протяжении всего времени существования абдоминального родоразрешения и разработка и совершенствование новых модификаций операции кесарево сечение имеют большое значение для снижения материнской и перинатальной смертности [4,23,45,66,72,85].

Помимо метода операции, имеет значение и техника его производства, заключающаяся в минимальной травматизации тканей, проведении хорошего гемостаза, кооптации тканей, правильном наложении швов и других технических приемов, которые должны выполняться с полным их знанием и умением [4,11,24,93].

Способы ушивания разреза на матке тоже претерпевали изменения. Авторами предлагались различные модификации, доказывающие преимущества предложенной методики перед ранее существовавшей. Наибольшее распространение в нашей стране получило ушивание матки по Ельцову-Стрелкову, при котором накладывается двухрядный шов с захватом эндометрия и погружением узлов первого ряда в полость матки [4,46,85,126].

Ряд исследователей предлагают накладывать для восстановления стенки матки только один ряд, состоящий из отдельных узловых швов, с последующей перитонизацией, при этом используя синтетический шовный материал [27,55,62,85,135] Приводимые М. Winkleri соавт. (2000) данные о частоте разрывов матки при последующих беременностях и родах убедительно доказывают преимущества однорядных швов [86].

Немаловажным фактором успешного заживления раны на матке является используемый шовный материал. На протяжении почти полуторовековой истории хирургии идут поиски идеального шовного материала, который должен отвечать определенным требованиям: быть стерильным, рассасывающимся, неаллергенным, прочным, удобным для хирурга, иметь биологическую совместимость с тканями [39,61,85,143].

Долгие годы в отечественной хирургической и акушерско-гинекологической практике использовался кетгут, производимый из подслизистого и мышечного слоев тонкой кишки овец. Многочисленные исследования показали, что кетгут, вызывая местную воспалительную реакцию, способствует неполноценной регенерации тканей и формированию грубого фиброзного рубца [69,89,93].

Не нашли широкого применения лавсан и капрон. Обладая раздражающим действием и длительным сохранением в тканях (более 3 лет) эти нити вызвали хроническое воспаление и формирование лигатурных свищей. Появление синтетических рассасывающихся нитей (викрил, монокрин, дексон, полисорб и др.), обладающих высокой прочностью, эластичностью, отсутствием повреждающего действия на ткани, биологической инертностью позволило значительно улучшить регенерацию тканей в области послеоперационного рубца [4,8,72,88,121,126].

Для поиска оптимальных условий, способствующих полноценному заживлению рассеченной стенки матки, проводились исследования для укрепления шва на матке с помощью биосовместимых соединительнотканых элементов, винилпирилоидона с бутилметакрилатом, прикрепляемых к шву в виде пленки с помощью цианакрилатного клея [92,122].

Таким образом, адекватная техника наложения шва на матку и высокое качество шовного материала способствуют полноценной регенерации тканей, резервом снижения частоты гнойно-септических осложнений и в конечном итоге определять исход последующей беременности и родов.

## **1.2. Особенности течения беременности и способы родоразрешения женщин с рубцом на матке.**

В связи с высокой частотой кесарева сечения и увеличением количества консервативно-пластических операций на матке возросло число женщин с рубцом на матке. Выбор тактики ведения беременных, оптимальных сроков и методов их родоразрешения нередко представляет значительные трудности, и в каждом конкретном наблюдении должен решаться индивидуально. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что беременность у женщин с рубцом на матке сопряжена с высоким риском осложнений, как со стороны матери, так и плода [23,68,87,106,129,148].

Совершенствование методики и техники оперативного вмешательства, а также разработка принципов рационального ведения послеоперационного периода привели к снижению риска такого грозного осложнения беременности и родов, как разрыв матки по рубцу [16,35]. Тем не менее, анатомо-функциональные особенности матки после кесарева сечения не позволяют отнести беременность и роды у этих женщин к разряду физиологических [7,9,14,23,47,51,59,69,84,87,107].

Течение беременности у женщин с оперированной маткой сопряжено с высокой частотой гестационных осложнений и имеет ряд клинических особенностей. Так, у этих беременных чаще отмечается низкое расположение или предлежание плаценты и неправильное положение плода [18,24,232,239,242]. Наиболее часто встречающимся осложнением является угроза прерывания беременности и высокая частота ее недонашивания. По данным различных авторов, частота угрозы прерывания колеблется от 16,8 до 34% [59,68,76,106,136].

Симптомы угрозы прерывания беременности в первом триместре не имеют этиологической связи с наличием рубца на матке. При появлении

признаков угрозы прерывания беременности во втором и, особенно, в третьем триместрах требуется дифференциальная диагностика этой патологии с несостоятельностью рубца на матке. Уточнение диагноза производится только в условиях стационара при динамическом наблюдении на основании клинических симптомов, данных УЗИ, эффекта терапии, направленной на пролонгирование беременности [75,80,128,140].

Серьезного внимания заслуживает появление болевого синдрома во время беременности. Наличие болей внизу живота, в пояснице, по всему животу, в области рубца на брюшной стенке, неясной локализации, при физической нагрузке требует проведения диагностики состояния рубца, так как болевой синдром может быть клиническим проявлением несостоятельности рубца на матке и угрозы его разрыва [17,22,24,82].

По данным ряда авторов у каждой четвертой беременной с рубцом на матке имеются признаки задержки развития плода, каждый третий новорожденный при повторном кесаревом сечении рождается в состоянии гипоксии, асфиксии той или иной степени тяжести. Более чем в 1/3 наблюдений дети рождаются с клиническими признаками морфофункциональной незрелости. Новорожденные, имеющие при этом даже нормальные показатели массы и роста, относятся к группе высокого риска возможного срыва адаптации, а общая заболеваемость таких детей достигает 30% - 35% [60,76,100,116,127].

Однако, по данным А.Н.Стрижакова (2002) на основании доплерометрического исследования у беременных с рубцом на матке уже с конца первого триместра происходит достоверное повышение сосудистой резистентности в системе мать-плацента-плод. У 98,4% беременных имелись нарушения внутриплацентарного кровотока в сроке 16-19 недель. Более чем у 80% обследованных с нарушениями кровотока в основных стволах маточных артерий имелись клинические и эхографические признаки угрозы прерывания беременности [26,128].

При беременности основным методом диагностики состояния рубца на матке является УЗИ. Ультразвуковое исследование позволяет оценивать форму, толщину нижнего сегмента матки, эхоструктуру миометрия в данном отделе матки, характер контура её передней стенки [6,77,139].

Достоверность в распознавании состояния рубца по данным разных авторов составляет от 56 до 90%. Важное значение при УЗИ имеет не только оценка состояния рубца на матке, но и определение локализации плаценты, так как расположение плаценты на передней стенке в области рубца делает его потенциально неполноценным [28,42,140,153,159].

Подавляющее большинство женщин с рубцом на матке родоразрешают путем повторного кесарева сечения. Самопроизвольные роды продолжают оставаться редким явлением в повседневной акушерской практике. Причиной этому является, прежде всего, опасность разрыва матки по рубцу, так как нет полной уверенности в его полноценности [17,43,79,97,108]

Формирование несостоятельного рубца при последующей беременности повышает риск разрыва матки по рубцу [80,85,90]. Данные различных авторов о частоте разрывов матки во время беременности и в родах существенно различаются. Если в работе Л.С. Персианинова (1952) отмечено, что разрыв матки по рубцу во время беременности наблюдается в редких случаях, то у других авторов даны показатели до 28% и выше [21,59,103]. Во всех этих работах приводятся данные о частоте разрыва матки по рубцу после корпорального кесарева сечения - операции, которая в последнее время используется как исключение. Разрыв матки по рубцу, расположенному в нижнем сегменте, по мнению большинства исследователей, встречается во время беременности значительно реже, чем после корпорального кесарева сечения [7,21,97].

Частота данного осложнения во время беременности в настоящее время, согласно исследованиям большого количества отечественных и зарубежных авторов, составляет 1,1-3% [17,29,71,97,152]. В родах частота

разрыва матки по рубцу колеблется от 0,25 до 0,6% [32,70,85,154]. Различные данные о частоте этого осложнения связаны с тем, что ряд зарубежных авторов выделяют два понятия - расхождение рубца и разрыв матки [155].

Расхождение или расползание рубца подразумевает бессимптомное течение, когда обнаруживается случайно при лапаротомии или при исследовании полости матки после самопроизвольных родов. Разрыв матки по рубцу предполагает критическое состояние, угрожающее жизни матери и ребенка и требует проведения экстренного вмешательства [7,17,29,166]. В этом случае очень важным диагностическим критерием является изменение сердцебиения плода [14,18]. Другими признаками являются боль в животе, гипотония. Вместе с тем, даже разрыв матки не приводит к увеличению перинатальной смертности при должном наблюдении за состоянием матери и плода, своевременной постановке диагноза и экстренном оперативном вмешательстве [18,69,97].

По данным отечественных и зарубежных авторов, у 30% - 70% беременных с рубцом на матке после кесарева сечения возможны самостоятельные роды. В 9% - 30% наблюдений в процессе ведения родов при наличии рубца на матке возникают осложнения, которые заставляют пересмотреть тактику ведения родов в пользу экстренного кесарева сечения. Чаще всего к таким осложнениям относят аномалии родовой деятельности, ухудшение состояния плода, клинически узкий таз, появление и усугубление симптомов несостоятельности рубца на матке [68, 84, 88, 101, 132].

При выборе метода родоразрешения у женщин с оперированной маткой нужно учитывать, что повторное кесарево сечение является технически более сложной операцией [4,9,37,72,85,87,143]. Анализ интра- и послеоперационных осложнений повторных кесаревых сечений показал, что эта операция не может быть отнесена к разряду технически простых и безопасных вмешательств как для матери, так и для плода. И показания к

нему должны быть еще более аргументированы, чем к первому [9,22,37,59,69,106,130].

Представляет интерес и оценка состояния новорожденных, и их адаптация у женщин, перенесших повторное кесарево сечение. После плановой повторной операции отмечается снижение адаптации новорожденных, по сравнению с детьми, рожденными через естественные родовые пути. Нарушение адаптации проявляется транзиторным тахипноэ, респираторным дистресс-синдромом, болезнью гиалиновых мембран [5,14,76,105,116,127].

Основным критерием, определяющим исход беременности и родов у женщин с рубцом на матке, служит состояние клинко-функциональной и морфофункциональной состоятельности шва на матке [33,85,88,102].

Состоятельный рубец на матке при отсутствии каких-либо осложнений беременности или экстрагенитальной патологии, которые бы явились самостоятельными показаниями к кесареву сечению, дает основание в пользу родоразрешения через естественные родовые пути под тщательным клиническим и мониторным контролем и при готовности операционной к немедленному оперативному родоразрешению в случае развития каких-либо осложнений в родах [4,23,44,70,89,102,146].

Самой важной и трудной задачей является отбор беременных с рубцом на матке для самопроизвольных родов. Для принятия решения о проведении спонтанных родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения необходимо иметь сведения о ранее перенесенной операции. Особенно четко нужно знать причины, послужившие показанием к первой операции, была ли она выполнена во время беременности или в родах, имелись ли во время операции технические трудности и осложнения. Чрезвычайно важны сведения о течении послеоперационного периода и другие подробности [22,72,79,113,150].



Особое значение имеют данные о количестве беременностей в промежутке между кесаревым сечением и настоящей беременностью, их течение и исход (артифициальные аборты, выкидыши и их осложнения). Последнее обстоятельство является весьма важным, так как при выскабливании стенок полости матки, особенно в течение первого года после кесарева сечения и, особенно, в тех случаях, когда плодное яйцо имплантировано на передней стенке матки, происходит нарушение нервно-рефлекторного аппарата миометрия, травма рубца на матке, что в последующем может неблагоприятно отразиться на течении беременностей (угроза прерывания, несостоятельность рубца на матке) и родов (аномалии родовой деятельности, разрыв матки) [72,88,132,150].

Очень важно перед родами учитывать и биологическую готовность организма к родам, что особенно важно при консервативном ведении родов у женщин с рубцом на матке [34,88,91,130].

Начало ведения родов может быть спонтанным, что сокращает продолжительность родов и снижает частоту осложнений. Ряд авторов рекомендуют индукцию самопроизвольных родов у беременных с рубцом на матке, что считается вполне обоснованным при наличии у данного контингента женщин сопутствующей экстрагенитальной или акушерской патологии [78,136].

Наиболее частыми осложнениями в родах у женщин с рубцом на матке являются: несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, клиническое несоответствие размеров таза матери и головки плода, появление признаков угрозы разрыва матки [97,108]. Частота послеродовых гипотонических кровотечений составляет от 1,5% до 10,5%, патология отделения плаценты - 0,5% - 4%, что несколько превышает аналогичные показатели в общей популяции [130,158,168].

Ведение родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения является сложной задачей и требует от врача больше внимания, умения выжидать, наблюдать, правильно оценивать акушерскую ситуацию на всех

этапах родового акта. В процессе ведения родов необходим непрерывный кардиомониторный контроль за состоянием плода. Признаки ухудшения состояния плода могут свидетельствовать о начинающемся разрыве матки. Нередко этот симптом является первым при данной патологии. Во всех случаях ведения родов у женщин с рубцом на матке необходимо проводить ручное контрольное обследование стенок послеродовой матки после окончания родов, так как нельзя исключить возможность спонтанного разрыва матки по рубцу. Появление признаков разрыва матки возможно через значительный интервал времени после родоразрешения [76,108,130,134,162].

Роды у женщин с оперированной маткой должны быть тщательно обезболены, что позволяет акушеру адекватно оценить реакцию роженицы на родовую боль или начинающийся разрыв матки. Выбор метода анестезии должен быть индивидуальным и определяется в первую очередь характером акушерской или экстрагенитальной патологии. Состоятельный рубец на матке не является противопоказанием ни к одному из существующих анестезиологических пособий. На необходимость тщательного обезболивания родов у рожениц с рубцом на матке указывают многие, в основном зарубежные авторы, широко применяя эпидуральную анестезию [5,32,43,68,85,133]. Состоятельный рубец на матке не является также противопоказанием к использованию, если это необходимо, сокращающих матку средств. Применение утеротоников в процессе родов при состоятельном рубце на матке не увеличивает частоты ее разрывов. Индивидуально подобранная доза сокращающих матку средств лишь восполняет дефицит эндогенного гормона в организме роженицы [2,23,32,44,68,75,88].

Согласно многочисленным исследованиям, развитие детей, извлеченных путем кесарева сечения, каких-либо специфических особенностей в периоде новорожденности не имеет. В то же время существуют данные и о повышенной заболеваемости этих детей в первые

дни жизни. Обстоятельные исследования периода новорожденности детей, извлеченных путем кесарева сечения, показывают, что их состояние в значительной степени обусловлено показаниями к операции кесарева сечения, степенью доношенности и зрелости плода, состоянием плода непосредственно перед операцией, а также сопутствующими экстрагенитальными заболеваниями у роженицы [4,64,85,144].

Влияние анестезиологического пособия рассматривается в совокупности всех вышеуказанных факторов и это находит свое отражение в рекомендациях более широкого использования малотоксичных наркотиков (закаись азота, пропанидид, оксибутират натрия) или применения различных методов местной и проводниковой анестезии [2,4,81,144].

Выключение нормального биомеханизма родов при кесаревом сечении нарушает процессы адаптации новорожденного к новым условиям внеутробного существования. При неблагоприятных обстоятельствах физиологические процессы адаптации приобретают патологический характер.

По данным В.В. Абрамченко (2005 г.) после операций, выполненных по таким показаниям, как предлежание или преждевременная отслойка плаценты, гестоз, сердечно-сосудистая патология, наблюдается более выраженное снижение массы тела новорожденного и замедленное его восстановление. Известно, что при этих осложнениях беременности и родов нарушается транспорт кислорода от матери к плоду, вследствие чего этим детям часто свойственны гипотрофия, выраженная мышечная гипотония и арефлексия, нередко отмечается различной степени анемия.

Существующие методы реанимации (введение в сосуды пуповины различных растворов, ларингоскопия и интубация трахеи, искусственная вентиляция легких), к которым нередко приходится прибегать у новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения, также могут явиться причиной осложнений в периоде новорожденности (инфицирование

пупочной раны, травматизация и инфицирование дыхательных путей, пневмоторакс и др.) [4,81].

По данным различных авторов, перинатальная смертность при кесаревом сечении колеблется в широких пределах и, что самое главное, значительно превышает таковую при родоразрешении через естественные родовые пути. Несмотря на существенные успехи в деле родовспоможения, перинатальная смертность при кесаревом сечении хотя и имеет тенденцию к снижению, но остается еще достаточно высокой [4,23,85,87,145].

Между тем исход операции кесарева сечения для плода в последние годы приобрел большое значение. В частности, значительно возросло число операций, проводимых в интересах плода. Вполне естественно, что уточнение показаний к операции, современная и своевременная диагностика состояния внутриутробного плода, рациональная техника операции и совершенствование методов анестезиологического пособия приобретают огромное значение для получения здорового ребенка.

### **1.3. Ранние и отдаленные осложнения абдоминального родоразрешения**

Высокая частота абдоминального родоразрешения способствует увеличению числа интра- и послеоперационных осложнений. М. Bergans (1986) все осложнения после абдоминального родоразрешения разделил на 3 группы: хирургические, которые возникают при выполнении операции; осложнения, связанные с анестезиологическим пособием; послеоперационные гнойно-септические. Отечественные ученые В.И.Краснопольский и В.Е.Радзинский (1993) осложнения кесарева сечения разделили на 5 групп: геморрагические, тромбоэмболические, гнойно-септические, осложнения, связанные с интраоперационным ранением смежных органов и анестезиологические [69,80].

Согласно исследованиям ряда авторов, больше осложнений встречается при экстренном кесаревом сечении, чем при плановом [36,85]. К интраоперационным относят: кровотечение, продление разреза на матке, ранение органов брюшной полости, затруднения при извлечении плода.

Одним из грозных осложнений во время кесарева сечения является кровотечение, которое обусловлено гипо- или атонией матки, нарушением свертывающей системы крови, ДВС-синдромом, ранением сосудов матки, задержкой остатков плаценты. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде встречается в 3-5 раз чаще, чем при родоразрешении через естественные родовые пути. Маточное кровотечение требует проведения целого ряда неотложных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, что не всегда удается сделать консервативными методами и требует проведения перевязки сосудов или экстирпации матки [4,7,85,124,126].

У пациенток, имеющих в анамнезе оперативные вмешательства в брюшной полости (спаечный процесс) при проведении кесарева сечения возможно ранение кишечника и мочевого пузыря. По данным разных авторов, частота этого осложнения составляет 0,08% - 0,16% [36,85].

Одним из наиболее тяжелых осложнений считается аспирационный синдром, развивающийся при регургитации желудочного содержимого с последующим попаданием в легкие, что нередко приводит к летальному исходу [85,110,119]. Вторым не менее опасным осложнением является неудавшаяся попытка интубации трахеи, частота которой по данным Hawthorne Letal. (1996) составляет 1 на 250 операций. В настоящее время, чтобы избежать подобных проблем, связанных с общим обезболиванием, все чаще применяют перидуральную анестезию при кесаревом сечении.

Среди осложнений в послеоперационном периоде следует выделить кровотечения и гнойно-септические заболевания. Несмотря на профилактическое назначение антибиотиков широкого спектра действия,

частота гнойно-септических осложнений после кесарева сечения остается высокой, достигая в разных клиниках 3,3 - 54,3% [10,12,15,41,49,58,110].

Возникновению гнойно-септических осложнений после операции способствуют различные экстрагенитальные заболевания, осложненное течение беременности, большая продолжительность родового акта, частые влагалищные исследования, большая кровопотеря, нерациональная техника наложения швов на матку, неправильное ведение послеоперационного периода, неблагоприятная санитарно-эпидемиологическая обстановка и длительное пребывание родильницы в акушерском стационаре [48,123,144].

Повышение частоты оперативных родоразрешений сопровождается увеличением показателей послеоперационных инфекционных осложнений в 10 раз по сравнению с аналогичными осложнениями после родов через естественные родовые пути [70,96,131,158].

Послеоперационные гнойно-септические заболевания в основном локализуются в области малого таза с вовлечением в процесс тела матки и придатков. Наиболее частым инфекционным осложнением после кесарева сечения является эндометрит, возникающий в 6,6 - 45% случаев после оперативного родоразрешения. Частота перитонита после кесарева сечения среди всех гнойно-септических заболеваний составляет 0,7 - 7% [19,41,115,138]. Имеются работы с описанием признаков вовлечения в воспалительный процесс миометрия в области шва на матке у больных с эндометритом после абдоминального родоразрешения, выявленных инструментальными методами [90,125].

Реже наблюдаются другие формы послеродовых заболеваний: раневая инфекция передней брюшной стенки, мочевых путей, септический тромбофлебит вен таза [40,85,123]. Факторами, способствующими развитию раневой инфекции являются: наличие инфекции у матери, хориоамнионит, длительный безводный промежуток, ожирение, анемия, несоблюдение правил асептики и антисептики [50,54,73,118,139].

Инфекционный процесс в матке после оперативного родоразрешения отличается тяжелым и длительным течением, сопровождается развитием несостоятельности шва и является ведущей причиной генерализованных форм инфекции [38,40,117].

Перитонит и сепсис в основном развиваются на фоне тяжелого эндометрита и в большинстве случаев сопровождаются вовлечением в воспалительный процесс вен матки и таза [40,65]. У 55% женщин перитонит после кесарева сечения возникает в результате несостоятельности шва на матке [41,58,96].

Несмотря на то, что такое осложнение, как перитонит, в настоящее время встречается относительно редко (0,2-0,8%), летальность при этой форме гнойно-септической заболеваемости остается высокой и достигает 26-35% [40,85,120,124,138]. В структуре материнской смертности от септических заболеваний, по данным Б.Л. Гуртового (1996), на долю перитонита приходится 36,4% [41].

Таким образом, успех абдоминального родоразрешения зависит не только от техники операции, но от условий, необходимых для полноценной регенерации хирургической раны, что достигается проведением профилактических мероприятий до операции, а также путем своевременной диагностики и адекватной терапии развившихся послеоперационных осложнений [3,11,15,20,49,52,53,56,95,101,114].

Необходимо отметить, что в настоящее время остаются недостаточно изученными отдаленные осложнения и гинекологические заболевания у женщин с рубцом на матке после родов [10,22,105,118].

Акушерский и гинекологический прогноз для женщин, перенесших кесарево сечение, не всегда благоприятен, особенно если операция производилась в условиях инфицирования, сопровождалась различными осложнениями. У данных пациенток возрастает риск развития так называемых поздних осложнений кесарева сечения, высокая частота

гинекологических заболеваний, вторичного бесплодия, нарушений менструальной, сексуальной и детородной функций [10,22,47,82,98,104].

Одним из осложнений после КС являются боли различной локализации в 13,3 — 17,1% случаев. Относительно высокая частота этого осложнения зависит, прежде всего, от метода и техники выполнения операции, используемого шовного материала, правильности ведения послеоперационного периода. Одной из причин болей является смещение матки за счет спаечного процесса [22,83,105].

Нарушение менструальной функции чаще имеет место у женщин при ушивании разреза матки двухрядным швом и оперированных в экстренном порядке [85]. Альгоменорея после операции КС выявляется в 8%, гиперполименорея 8,4%, дисменорея 16,2% пациенток. Оказалось, что примерно у половины обследуемых женщин указанные нарушения наблюдались и до абдоминального родоразрешения [88,105].

Хронические воспалительные процессы гениталий после кесарева сечения встречаются в 20-30% наблюдений [57,85,99,118]. Среди воспалительных заболеваний наиболее часто диагностируется хронический эндометрит. Одной из причин его развития является шовный материал, который вызывает местную воспалительную реакцию. Наличие лигатурных свищей в полости матки часто приводит к развитию воспалительных процессов и нарушению менструальной функции. Достаточно удалить при гистероскопии лигатуры, провести санацию полости матки, и наступает выздоровление [25,86,99,167].

Нарушение сексуальной функции после кесарева сечения встречается в 25-45% случаев. Отмечается снижение полового влечения, боли во время полового акта, отсутствие оргазма. Указанные жалобы обычно имеют место при возобновлении половой жизни через 4-8 недель после родов, затем их интенсивность, как правило, уменьшается [22,104,164].

Бесплодие, как осложнение после кесарева сечения, возникает в 6,4-7% случаев [10,22,105]. Согласно данным отечественных авторов, у женщин



с нормальной репродуктивной функцией до абдоминального родоразрешения бесплодие диагностировалось в 2,6% случаев, при нарушении репродуктивной функции в анамнезе в 8% [10,85]. У большинства пациенток, страдающих бесплодием после абдоминального родоразрешения, послеоперационный период осложнился эндометритом [58,85]. Репродуктивная функция после повторного кесарева сечения сохраняется только у 40% женщин [9,69,85,112].

Одним из осложнений после кесарева сечения является развитие эндометриоза различной локализации в 10-15% наблюдений [124].

Келлоидный послеоперационный рубец выявляется у 0,6-1,4%. Вероятность его формирования зависит от особенностей женского организма, содержания коллагена 3 и 4 типа и соединительной ткани [9,85].

Установлено, что экстренное кесарево сечение вызывает больший стресс, чем плановое родоразрешение. Частота грудного вскармливания после кесарева сечения ниже, чем после самопроизвольных родов. Доказано, что кесарево сечение является одной из причин более позднего и длительного становления лактации, развития гипогалактии, что неблагоприятно сказывается и на психологическом состоянии женщин [142].

Нежеланная беременность в ближайшие месяцы после родов и кесарева сечения способны привести к резкому ухудшению качества жизни женщины, развитию воспалительных заболеваний, прекращению лактации и ухудшению состояния ребенка [5,31].

Несомненно, родильницы с рубцом на матке, после выписки из стационара, требуют наблюдения в женской консультации, для своевременной диагностики и адекватной терапии поздних послеоперационных осложнений, выбора метода и средств контрацепции, восстановления репродуктивной функции женщины и психологической подготовки к родам при последующей беременности [63,85,88].

Таким образом, обзор литературы показал, что операция кесарево сечение на сегодняшний день остается самым распространенным

оперативным методом родоразрешения. В условиях снижения рождаемости в нашей стране акушерам нетрудно обосновать показания к первому кесареву сечению в интересах плода. Однако, расширяя показания к кесареву сечению при постоянном снижении индекса здоровья населения, мы не улучшим его у женщин репродуктивного возраста. Высокая оперативная активность способствует увеличению числа женщин репродуктивного возраста с рубцом на матке. Целый ряд отечественных и зарубежных авторов считают, что повторное проведение кесарева сечения является далеко не оптимальным методом родоразрешения ни для матери, ни для плода, что требует дальнейшего исследования данной проблемы. К сожалению, в нашей стране высказывание Е. Cragin о том, что «однажды кесарево сечение - всегда кесарево сечение», оказывает до сих пор свое влияние при выборе метода родоразрешения. Отношение врачей и беременных к консервативной тактике весьма сдержанное. Причиной этого является преувеличенная опасность разрыва матки, нежелание женщины испытывать боль при родовых схватках и неуверенность в благополучном исходе родов. Поэтому необходим тщательный отбор пациенток на самопроизвольные роды для исключения их неблагоприятного исхода как для матери, так и для новорожденного.

## ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Материалы исследования

1. Для изучения частоты абдоминального родоразрешения, показаний к операции и анализа послеродовых осложнений, проведен ретроспективный анализ 217 историй родов пациенток, родоразрешенных путем операции кесарево сечение в родильном доме №1 и ОПЦ в период с 2013 по 2016 год включительно.

2. Для изучения течения послеродового периода и состояния лактации у женщин с рубцом на матке проведено комплексное обследование 50 пациенток с рубцом на матке, которые были распределены на две группы: 1-ю группу составили 25 женщин с рубцом на матке, которым было произведено повторное кесарево сечение; во 2-ю группу вошли 25 женщин с рубцом на матке, родоразрешенных через естественные родовые пути.

3. Для анализа перинатальных исходов у женщин с рубцом на матке проведено комплексное обследование 50 новорожденного, которые были разделены на две группы: 1-ая группа - 25 ребенка, рожденные путем операции кесарево сечение. В 1-ой группе были выделены две подгруппы: 1-а подгруппа - 17 ребенка, рожденные путем планового кесарева сечения до начала родовой деятельности; 1-б подгруппа - 8 детей, рожденные путем кесарева сечения с началом родовой деятельности. 2-ая группа - 25 детей, рожденных через естественные родовые пути.

Исследования проводились на базе родильного дома №1 и ОПЦг. Самарканда в 2013-2016г.

На каждую пациентку заполнялась разработанная нами карта обследования, которая позволяла учитывать данные анамнеза, результаты объективного и дополнительных методов исследования, способ родоразрешения, наличие и характер осложнений в родах, особенности течения послеродового периода.

## **2.2. Методы исследования**

При выполнении работы проводили:

- общеклиническое обследование;
- клинико-лабораторные методы диагностики (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови);
- бактериологическое исследование содержимого полости матки;
- ультразвуковое исследование органов малого таза в послеродовом периоде;
- статистическую обработку полученного материала.

### **2.2.1. Общеклиническое обследование**

Проводилось по общепринятой схеме: уточнялись и оценивались жалобы, время их появления, изучался анамнез. Анализировались частота и характер перенесенных инфекционных заболеваний, сопутствующая экстрагенитальная патология.

Особое внимание уделялось акушерско-гинекологическому анамнезу: менструальной функции до и после предыдущих родов, времени прошедшему после первого кесарева сечения, частоте прерывания беременности после родов, показаниям для оперативного родоразрешения, интра - и послеоперационным осложнениям, технике оперативного вмешательства и виду шовного материала.

В послеродовом периоде оценивали инволюцию матки, характер выделений из половых путей, состояние молочных желёз и становление лактации.

### **2.2.2. Бактериологическое исследование содержимого полости матки**

Для определения степени обсемененности полости матки, выявления характера микрофлоры производилось бактериологическое исследование маточных лохий на 5 сутки после родоразрешения. Для изучения видового состава микрофлоры производили посевы на кровяной, молочно-солевой агар, среду Эндо с последующей идентификацией выделенных культур с помощью биохимических тестов.

### **2.2.3. Цитологическое исследование содержимого полости матки**

Цитологический анализ лохий проводили после окраски их азур-эозином по Романовскому, подсчет количественного состава лейкоцитов — в 10 полях зрения на увеличении 945, каждый препарат на 150-250 клеток. Забор лохий производился в 1-ой исследуемой группе на 3-й, 5-е и 7-е сутки послеродового периода. И на 3-й и 5-е сутки после родов у 2-ой исследуемой группы.

### **2.2.4. Ультразвуковое исследование**

УЗИ проводилось на аппарате «А1ока- 400» (Корея), осуществлялось трансабдоминально (конвексным датчиком частотой 3,5 мГц с наполнением мочевого пузыря) и трансвагинально (вагинальным конвексным датчиком частотой 5 мГц). При проведении УЗИ в послеродовом периоде определяли длину, ширину, передне-задний размер матки, проводили эхографию полости матки.

### ГЛАВА 3.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ

### 3.1. Клиническая характеристика исследуемых групп

Для решения поставленной цели нами было проведено родоразрешение у 50 женщин с рубцом на матке после кесарева сечения и изучено течение послеродового периода.

В зависимости от способа родоразрешения все пациентки были распределены на 2 группы:

- 1-ю группу составили 25 женщины с рубцом на матке, которым было произведено повторное кесарево сечение;
- во 2-ю группу вошли 25 женщин с рубцом на матке, родоразрешенные через естественные родовые пути.

Способ родоразрешения определяли на основании детального изучения анамнеза (сведения о предшествующей операции, течение послеоперационного периода, наличие аборт), анализа течения настоящей беременности, клинического и эхографического состояния рубца на матке, внутриутробного состояния плода, желания и добровольного информированного согласия женщины на способ родоразрешения.

Возраст исследуемых пациенток находился в пределах от 21 до 42 лет. В 1-ой группе преобладали женщины старше 30 лет- 14 (56%), во 2-ой группе таких пациенток было 34%.

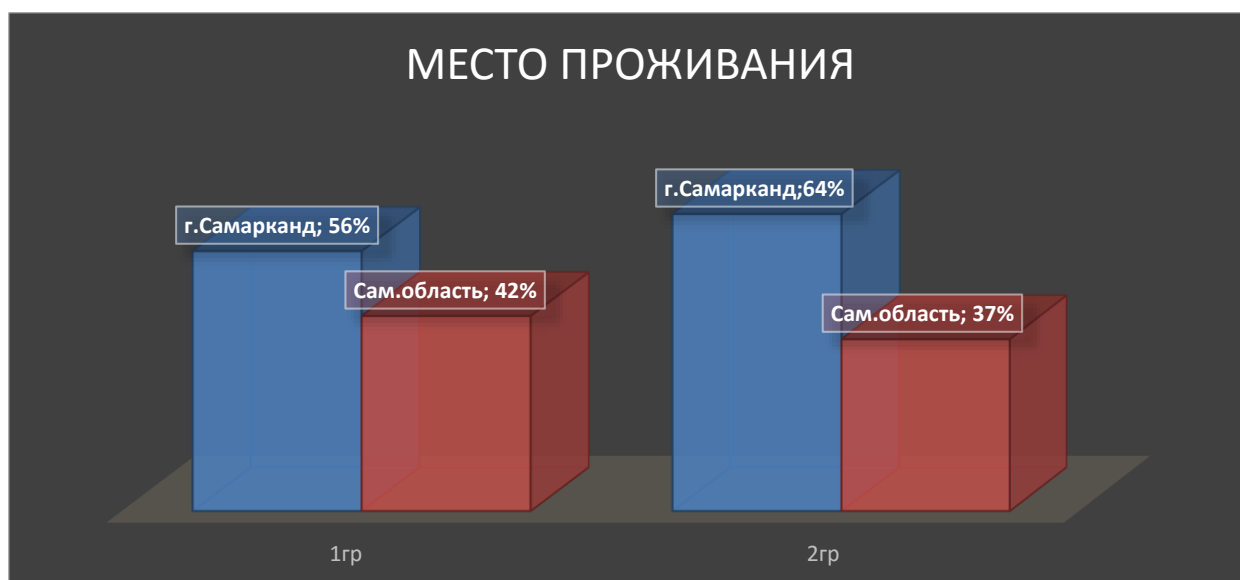
Из таблицы и диаграммы 1 видно, что более половины пациенток являлись городскими жителями. Высокий процент жительниц из Самаркандской области (42% в 1-ой и 37% во 2-ой группе) объясняется тем, что родильный стационар оказывает специализированную медицинскую помощь беременным с экстрагенитальной патологией города и области.

Таблица 1

## Место проживания обследуемых пациенток

Место проживания	1-ая группа		2-ая группа	
	п=25	%	п=25	%
Город Самарканд	14	56	16	64
Районы Самаркандской области	11	42	9	37

Диаграмма №1



Большое влияние на течение беременности, родов и послеродового периода оказывают сопутствующие экстрагенитальные и гинекологические заболевания. Как свидетельствуют данные, приведенные в таблице 2, у пациенток обеих групп имелись экстрагенитальные заболевания, а у каждой третьей наблюдалось сочетание двух и более нозологических форм.

В 1-ой группе (диаграмма 2а) наиболее часто встречалась патология почек (20%), миопия средней и высокой степени (16%), ВСД (12%), патология ЖКТ (18%). Во 2-ой группе преобладало наличие ВСД у 16% пациенток,

патология ЖКТ у 12%, патология почек у 12% пациенток (диаграмма 2б)

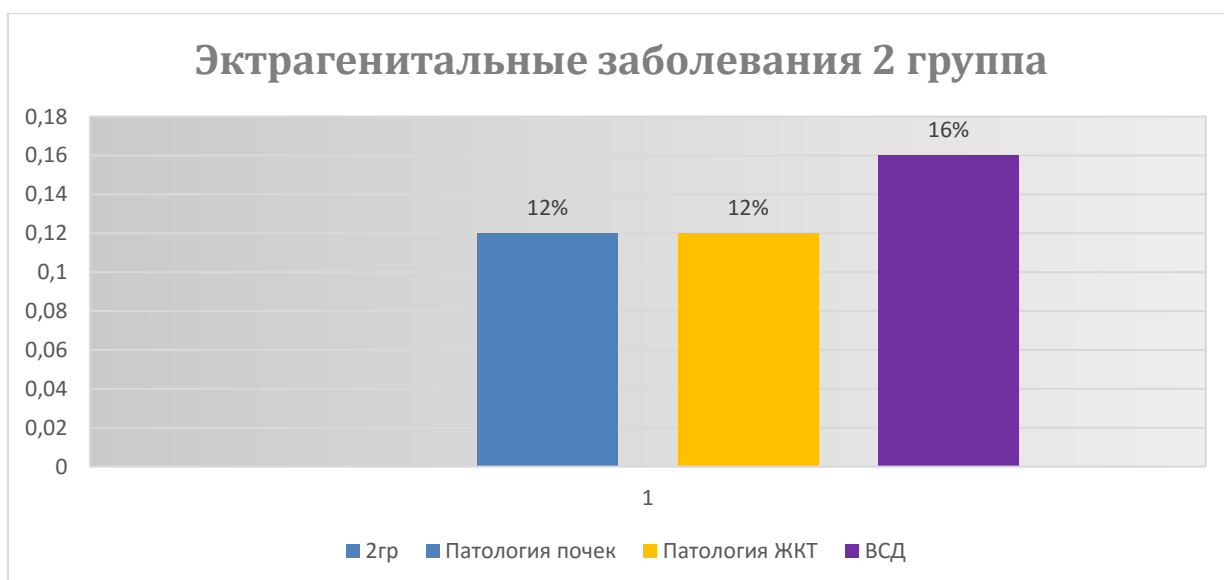
Нозологическая форма	1 -ая группа		2-ая группа	
	п=25	%	п=25	%
Миопия средней и высокой степени	4	16	-	-
Патология почек	5	20	3	12
Патология ЖКТ	2	8	3	12
Ожирение I - Шст.	2	8	2	8
ВСД	3	12	4	16
Эпилепсия	1	4	-	-
Нейродермит	-	-	2	8

2-таблица

2-диаграмма (а)







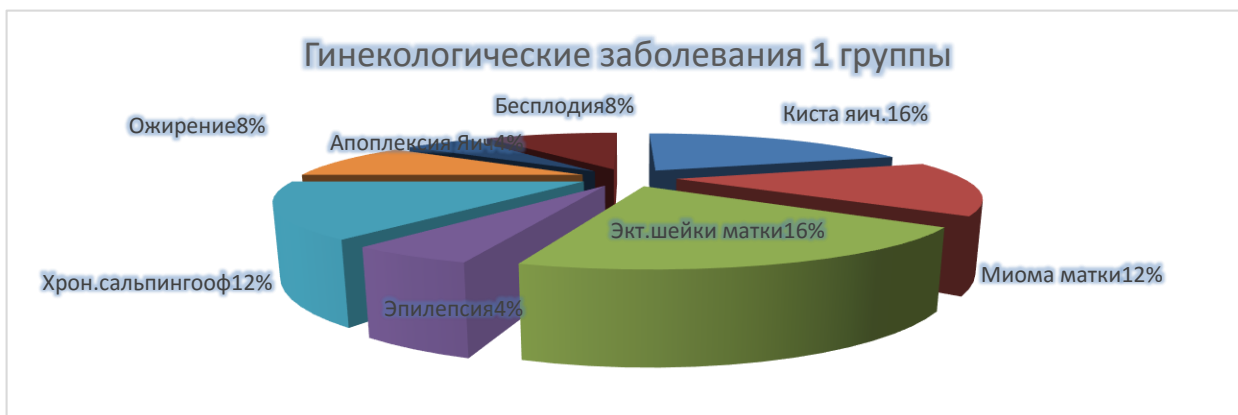
(диаграмма 2б)

### Гинекологические заболевания, перенесенные пациентками

Таблица №3

Нозологическая форма	1-ая группа		2-ая группа	
	п=25	%	п=25	%
Эктопия шейки матки	4	16	1	4
Миома матки	3	12	1	4
Кисты яичников	4	16	3	12
Апоплексия яичников	1	4	3	12
Хронический сальпингоофорит	3	12	2	8
Бесплодие различного генеза в анамнезе	2	8	1	4

Диаграмма 3(а,б)



Анализ основных гинекологических заболеваний показал высокую частоту воспалительных заболеваний гениталий, так хронические сальпингофориты встречались в 1-ой группе у 12%, во 2-ой у 8%. Отмечались высокая частота патологии шейки матки (в 1-ой группе - 16%, во 2-ой – 4%) .Только у 8 (32%) пациенток 1-ой группы и 14 (64%) во 2-ой группе не выявлено гинекологических заболеваний (табл.3, диаграмма №3 а,б).

Проведение медицинских аборт, особенно в течение первого года после операции, способствует травматизации миометрия, повышает риск развития инфекционных процессов и неблагоприятно влияет на процессы

регенерации рубца на матке и функциональные свойства миометрия в последующем (Логутова Л.С., 2004; Габидуллина Р.И., 2004; FlammВ.L. 2001).

Таблица №4

Исходы предыдущих беременностей	1-ая группа		2-ая группа	
	п=25	%	п=25	%
Неразвивающаяся беременность	1	4	-	-
Самопроизвольный выкидыш	2	8	4	16
Внематочная беременность	1	4	1	4
Прерывание по медицинским и социальным показаниям	5	20	4	16
1 аборт	2	8	3	12
2 аборта	1	4	1	4
3 аборта	2	8	3	12
4 аборта	2	8	1	4

Анализируя исходы предыдущих беременностей, 18 (72%) пациенток из 1-ой группы никогда не производили медицинских абортов, во 2-ой группе количество таких женщин составило 17 (68%). После абдоминального родоразрешения прерывание нежеланной беременности в анамнезе имели 5 (20%) женщин 1-ой группы и 4 (16%) во 2-ой, из них в течение первого года после операции у 3 (12%) пациенток 1-ой группы и у 1 (4%) во 2-ой. Настоящая беременность закончилась первыми родами у 2 (8%) пациенток 1-ой группы и у 3 (12%) 2-ой, наличие рубца на матке у этих пациенток было обусловлено прерыванием беременности по медицинским или социальным показаниям путем малого кесарева сечения. Проведенный анализ показал, что у 18 (72%) женщин, родоразрешенных повторной операцией, показания к предыдущему кесареву сечению были преходящими (аномалии родовой деятельности, гестоз,

клинически узкий таз, крупный плод, патология плаценты) и при последующем родоразрешении данная акушерская ситуация могла не повториться. У пациенток, родоразрешенных через естественные родовые пути такие показания имели место в 91% случаев.

Обращает на себя внимание тот факт, что у 11 (44%) пациенток из 1-ой группы предыдущее кесарево сечение было произведено в плановом порядке, тогда как во 2-ой исследуемой группе таких пациенток было всего 14 (56%), что еще раз подтверждает проведение кесарева сечения во 2-ой группе в связи с возникшей акушерской ситуацией, требующей экстренного родоразрешения.

У всех исследуемых пациенток первое кесарево сечение было произведено в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом.

При ушивании разреза на матке у 10 (40%) пациенток 1-ой и у 16 (64%) 2-ой исследуемой группы применялась методика двухрядного отдельного слизисто-мышечного шва, у 6 (24%) женщин 1-ой и у 8 (32%) во 2-ой группе ушивание производилось отдельным однорядным слизисто-мышечным швом, в остальных случаях наблюдался непрерывный однорядный шов (у 9 (36%) в 1-ой и у 1 (4%) во 2-ой исследуемых группах).

В качестве шовного материала в 13 (52%) случае в 1-ой и в 8 (32%) во 2-ой группе использовался кетгут, в 6 (24%) и 10 (40%) соответственно применялся капроаг, в 6 (24%) и 7 (28%) синтетические нити (викрил, ПГА). В остальных случаях характер используемого шовного материала был не известен.

При анализе интра - и послеоперационных осложнений оказалось, что частота их была примерно одинаковой в обеих группах, однако частота гнойно-септических осложнений была несколько выше в 1-ой группе, чем во 2-ой (12% и 4%). Частота эндометритов, создающих наиболее неблагоприятные условия для репаративных процессов в матке в обеих группах была одинаковой 4 % и 4% соответственно). Из наиболее грозных осложнений при операции кесарева сечения в 1-ой группе в 1 (4%) случае отмечалось ранение

кишечника, в 1 случае (4%) ранение мочевого пузыря, в 1 (4%) случаях было продление разреза на матке, что привело к гипотонии матки и патологической кровопотере.

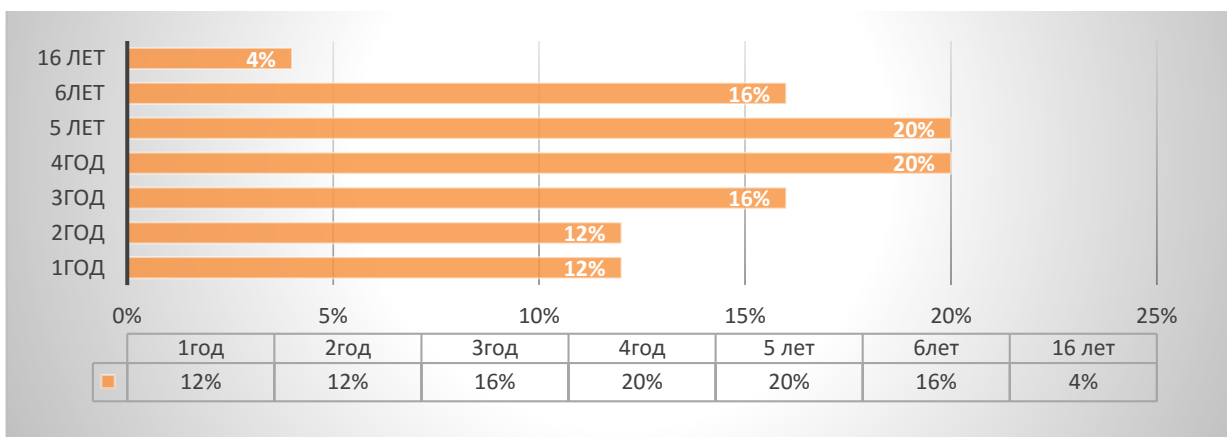
Таблица №5

Временной промежуток между КС и настоящими родами

Исходы предыдущих беременностей	1-группа		2-группа	
	п=25	%	п=25	%
Временной период				
1 год	4	16	3	12
2 года	5	20	3	12
3 года	2	8	4	16
4 года	5	20	5	20
5 лет	6	24	5	20
6 лет	3	12	4	16
16 лет		-	1	4

Диаграмма №4 (а,б)





Период после кесарева сечения до следующих родов составил от 1 года до 16 лет (табл.5). Обращает на себя внимание, что у 44,0% пациенток в 1-ой группе и у 40,0% во 2-ой, беременность наступила в течение первых трех лет после предыдущей операции. Процент пациенток, у которых промежуток между предыдущим кесаревым сечением и настоящей беременностью составил 4 лет был практически одинаковым (20% и 20% соответственно). Наиболее часто повторную беременность сохраняли спустя 4-6 лет после предыдущего кесарева сечения. В 1-ой группе это отмечено у 14 (56,0%) женщин, во 2-ой у 14 (56,0%). Это позволяет считать данный период наиболее благоприятным для наступления повторной беременности.

### **3.2. Течение настоящей беременности и родоразрешение женщин с рубцом на матке**

При анализе течения беременности было выявлено, что у 76,0% пациенток обеих групп имелись заболевания или осложнения.

У 22 (88%) женщин 1-ой и у 17 (68%) 2-ой группы беременность осложнилась токсикозом первой половины, который протекал, как правило, в лёгкой форме и не требовал стационарного лечения.

Анемия наиболее часто встречалась у беременных 1-ой группы (66%), тогда как во 2-ой группе лишь в 49% случаев.

Обращает на себя внимание высокая частота гестоза, который осложнил беременность у 16 (64%) пациенток 1-ой группы и у 7 (28%) во 2-ой. Во всех случаях имел место сочетанный гестоз на фоне экстрагенитальной патологии, причём у пациенток 2-ой группы преобладал гестоз легкой степени, тогда как у беременных 1-ой группы отмечен гестоз средней и тяжелой степени (12 и 4% соответственно).

Наиболее частым осложнением у беременных с рубцом на матке являлась угроза прерывания беременности на разных сроках. Частота этого осложнения в 1-ой группе составила 52%, во 2-ой - 49%, причём у многих пациенток обеих исследуемых групп имелось несколько эпизодов клинических проявлений угрозы прерывания беременности, что требовало проведения дифференциальной диагностики этих состояний с признаками несостоятельности рубца на матке (особенно во второй половине беременности). Наблюдение за беременной и лечение угрозы прерывания беременности проводили в условиях стационара. При исчезновении болевого синдрома на фоне сохраняющей терапии состояние расценивалось как угроза прерывания, пациентки после проведенного курса лечения выписывались под наблюдение врача женской консультации (табл.6)

#### **Осложнения настоящей беременности (табл.№6)**

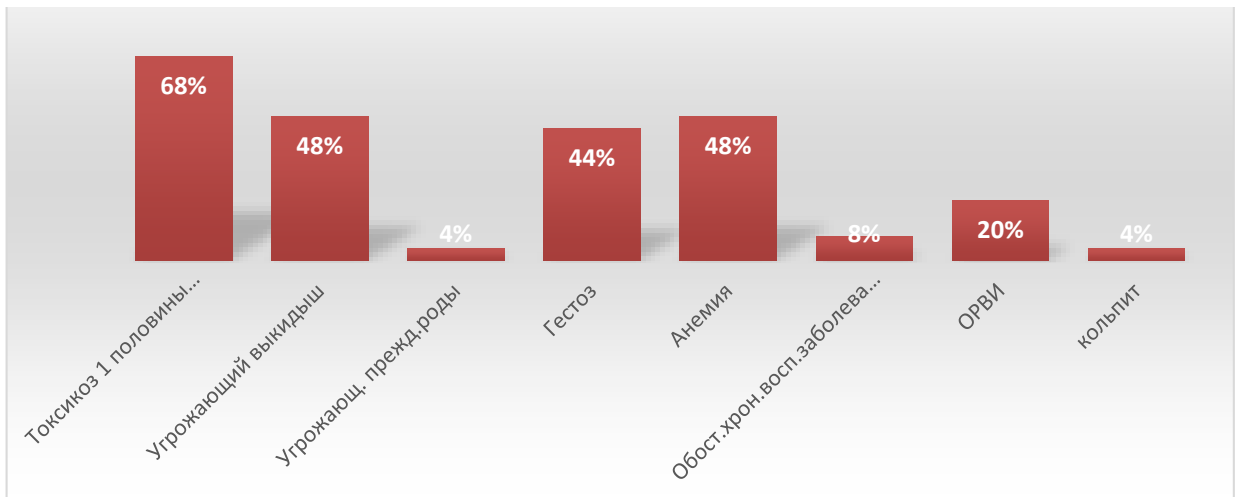
Заболевания и осложнения	1 -ая группа		2-ая группа	
	п=25	%	п=25	%
Токсикоз 1 половины беременности	17	68	17	68

Угрожающий выкидыш	13	52	12	48
Угрожающие преждевременные роды	4	16	1	4
Гестоз	12	48	11	44
Анемия	16	66	12	48
Предлежание плаценты	1	4	-	-
Крупный плод	5	20	-	-
Обострение хронических воспалительных заболеваний	4	16	2	8
Грипп, ОРВИ	15	60	5	20
Кольпит	3	12	1	4

Диаграмма № 6(а,б)







У 4 (16%) пациенток 1-ой и у 2 (8%) 2-ой группы во время беременности имели место обострения хронических воспалительных процессов, вирусная инфекция. Чаще всего отмечалось обострение хронического пиелонефрита. Практически у всех женщин обеих исследуемых групп проводилась санация влагалища.

Хроническая фетоплацентарная недостаточность и хроническая гипоксия плода были диагностированы у 9 (36%) и 6 (24%) пациенток соответственно, это указывает на то, что частота ФПН и внутриутробной гипоксии плода в группе пациенток, родоразрешенных операцией кесарево сечение и в группе родоразрешенных через естественные родовые пути приблизительно одинаковая.

Таким образом, более чем у 76,0% пациенток исследуемых групп имелись различные осложнения и/или заболевания при данной беременности, что требовало госпитализации и проведения лечебных мероприятий. Наиболее частым осложнением у беременных с рубцом на матке является угроза прерывания беременности, что требует проведения дифференциальной диагностики с несостоятельностью рубца на матке для выбора оптимальной тактики ведения данной беременности.

В комплекс обследования беременных для оценки состояния рубца на матке включали эхографию матки при наполненном мочевом пузыре с дополнительной доплерометрией зоны рубца. Исследование проводили при

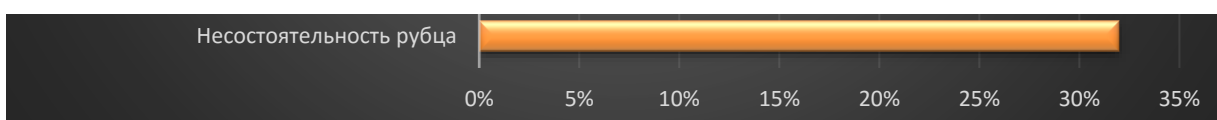
сроке беременности 36-38 недель, при котором состояние рубца можно оценить наиболее достоверно. Толщина рубца 2,5-3 мм, отсутствие выраженной деформации в области рубца на матке, его равномерность, наличие локусов кровотока и отсутствие плацентации в области нижнего сегмента матки являлись основными эхографическими критериями для выбора метода родоразрешения у беременных 2-ой группы.

У пациенток 1-ой группы в 8 (32%) случаях показанием к проведению повторной операции явилась несостоятельность рубца на матке по данным клинических и/или эхоскопических признаков. Однако при выполнении операции данные за несостоятельность рубца подтвердились только у 5 (20%) рожениц. На наш взгляд, диагноз несостоятельности рубца на матке не соответствовал истинной частоте данного осложнения. Основными клиническими проявлениями несостоятельности рубца на матке у исследуемых беременных были локальная болезненность, чувство жжения в области рубца, болевой синдром при пальпации через переднюю брюшную стенку и передний свод влагалища нижнего сегмента в области предполагаемого рубца. Информативность клинических признаков несостоятельности рубца на матке по нашим данным составила около 50% (табл.7).

Показания	n=25	%
Несостоятельный рубец на матке	8	32%
Два и более рубца на матке	4	16%
Предлежание плаценты	1	4%
Экстрагенитальная патология	4	16%
Отказ от родов через естественные родовые пути	3	12%
Рубец на матке и предполагаемый крупный плод	4	16%
Хроническая фетоплацентарная недостаточность	1	4%
Рубец на матке и анатомическое сужение таза	1	4%
Возраст повторнородящей	1	4%

старше 36 лет		
Неустойчивое положение плода	1	4%
Перинатальные потери (отсутствие живого ребенка)	1	4%

Диаграмма №7



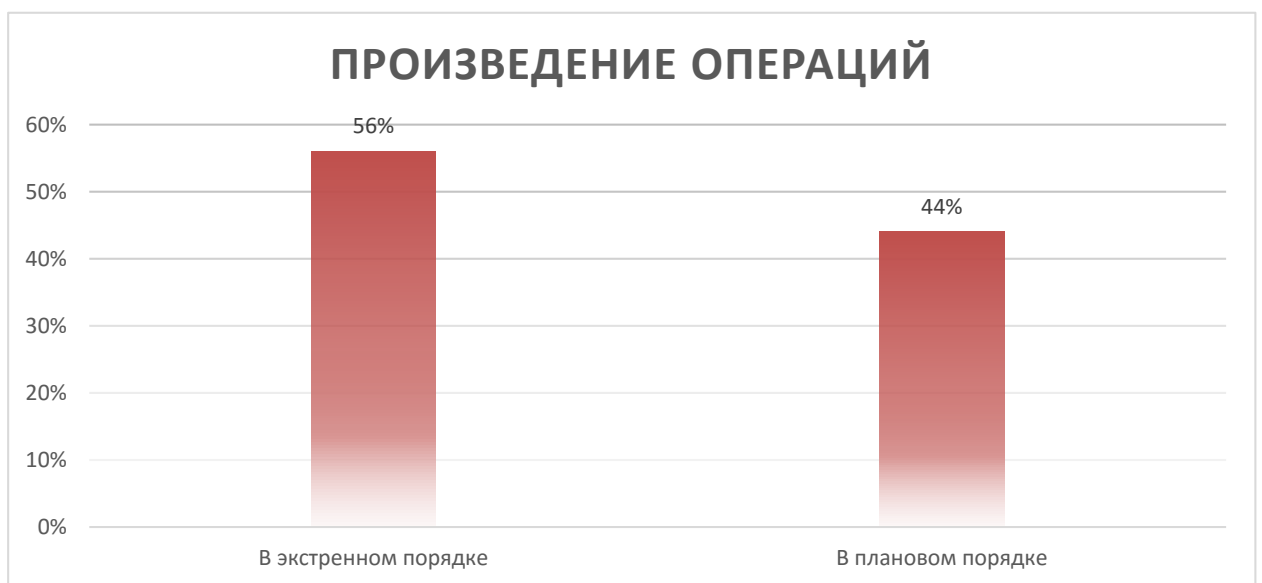
Экстрагенитальная патология явилась показанием для кесарева сечения в 4 (16%) случаях, в ее структуре миопия тяжелой степени с изменениями на глазном дне была выявлена у 1 (4%), заболевания ССС у 1 (4%), заболевания ЦНС у 1 (4%), заболевания опорно-двигательного аппарата у 1 (4%).

Осложнения настоящей беременности (предлежание плаценты, нарушения фето-плацентарного комплекса) явились показанием у 8% пациенток, крупный плод отмечен так же в 8% случаев.

У 4 (16%) беременных показанием для операции явилось наличие двух и более рубцов на матке.

В группу исследуемых женщин, у которых роды закончились повторной операцией кесарево сечение, вошли также и те пациентки, где планировалось ведение родов через естественные родовые пути, но по различным акушерским показаниям роды были закончены абдоминальным родоразрешением в экстренном порядке (по поводу КУТ у 2 (8%) пациенток, в 10 (40%) случаях имели место различные аномалии родовой деятельности).

В экстренном порядке была произведена операция у 14 (56%) пациенток, в плановом - у (44%).



После проведенного анализа технических особенностей и осложнений, возникших при выполнении повторного кесарева сечения мы получили следующие данные. У 14 (56%) пациенток при вхождении в брюшную полость был обнаружен спаечный процесс, в 9 (36%) случаях он был выраженным, что у 1 (4%) больной явилось причиной ранения кишечника, а у 1 (4%) пациентки было произведено корпоральное кесарево сечение в связи с отсутствием доступа к нижнему сегменту матки. Наличие спаечного процесса способствовало более длительному вхождению в брюшную полость и затрудненному извлечению плода.

Гипотоническое кровотечение во время повторной операции отмечено у 2 (8%) женщин, в 3 (12%) случаях разрез на матке при извлечении головки плода продлился продольно на нижний сегмент матки, что сопровождалось

кровотечением и необходимостью проведения дополнительного гемостаза. Средняя кровопотеря при повторном абдоминальном родоразрешении в среднем составила  $740,0 \pm 60,0$  мл ( $P < 0,05$ ).

2-ю группу исследуемых пациенток составили женщины с рубцом на матке, родоразрешенные через естественные родовые пути.

При анализе течения родов было обнаружено, что у каждой четвертой роженицы роды осложнились слабостью родовой деятельности, что почти во всех случаях потребовало применения утеротоников. Несвоевременное излитие околоплодных вод отмечалось у каждой пятой пациентки, из них у большинства - раннее излитие околоплодных вод, что согласуется и литературными данными [71, 97].

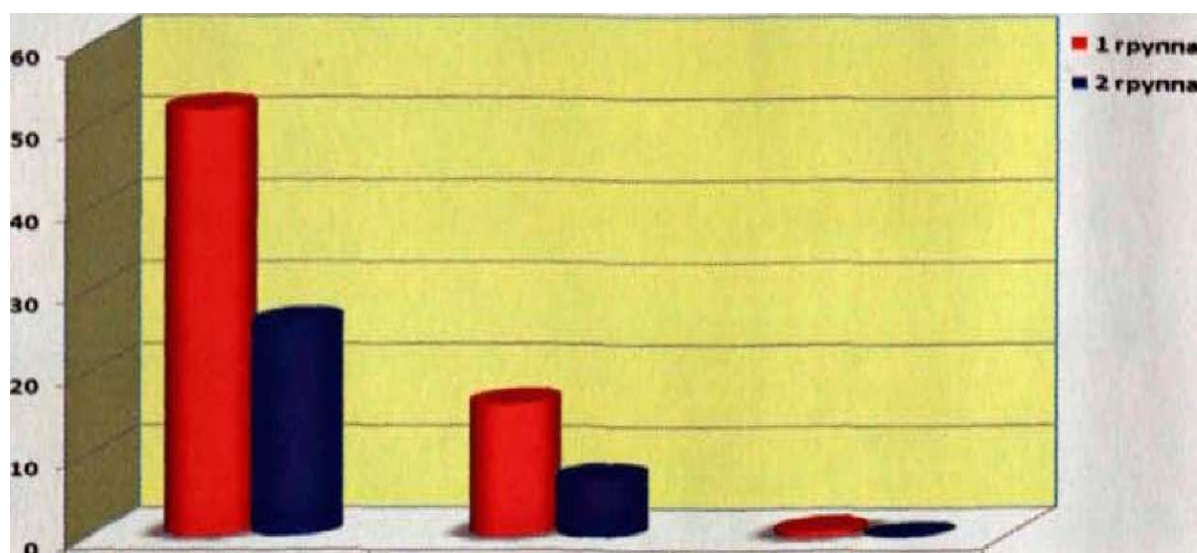
После самостоятельного отделения и выделения последа во всех случаях проводили ручное обследование полости матки под внутривенным наркозом, оценивали целостность стенок матки и состояние рубца. В 100% рубец на матке был состоятельным.

Нами уделялось особое внимание течению послеродового периода у пациенток исследуемых групп.

Из наиболее частых жалоб, которые предъявляли родильницы обеих исследуемых групп, были следующие: 94,0% родильниц 1-ой группы и 52,0% 2-ой отмечали общую слабость, усталость после родоразрешения. Боли в области послеоперационной раны беспокоили подавляющее число пациенток 1-ой группы - 96,0%, болевой компонент в области промежности, особенно после эпизиотомии отмечен у 28,0% родильниц 2-ой группы.

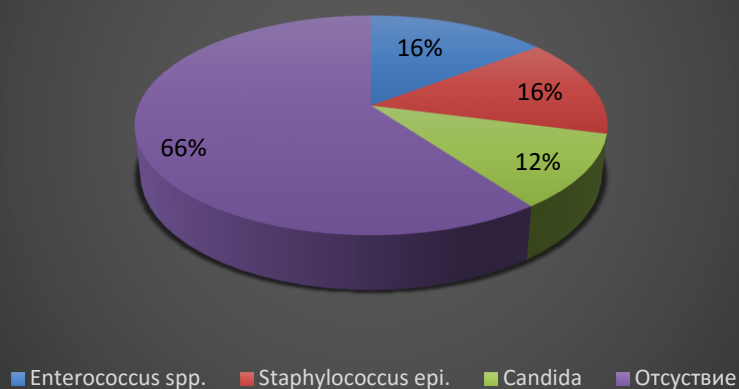
При нормальном течении послеродового периода возможна кратковременная субфебрильная температура, обусловленная обезвоживанием, преходящей бактериемией и попаданием в кровь чужеродных белков плода. После родов через естественные родовые пути температура, как правило, нормализуется самостоятельно в течение первых суток, что отмечено у 97,0% родильниц 2-ой группы, тогда как после кесарева сечения самостоятельное снижение температуры отмечалось только у 30,0% женщин.

Как показали исследования, при детальном анализе у пациенток 1-ой группы анемия легкой степени встречалась в 52,0% случаях, тогда как во 2-ой группе наблюдалась у 28,0% родильниц. Анемия средней степени имела место у 16,0% и 8,0% пациенток исследуемых групп соответственно. В 1 (4%) случае у пациентки 1-ой группы была анемия тяжелой степени, что потребовало проведения гемотрансфузии. Таким образом, в 1-ой группе исследуемых пациенток анемия I-степени встречалась в 2 раза чаще, по сравнению с родильницами 2-ой группы, что связано с более высокой интраоперационной кровопотерей во время повторного кесарева сечения, по сравнению с физиологической кровопотерей в родах, проведенных через естественные родовые пути (диаграмма №8).

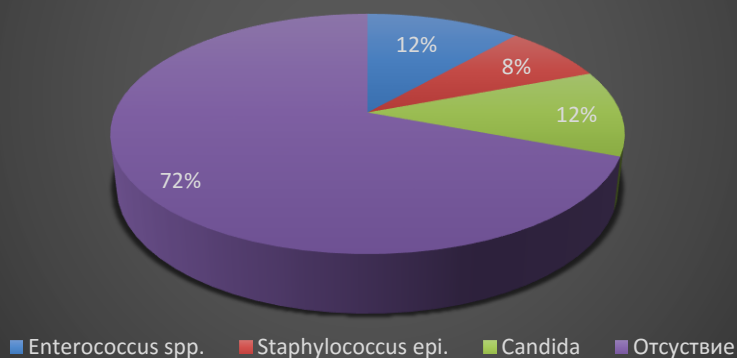


При бактериологическом исследовании лохий у пациенток 1-ой группы преобладал *Enterococcus* spp- 16,0%. *Staphylococcus epidermidis* регистрировался в 16,0% случаев и в 12% случаев флора представлена дрожжеподобными грибами *Candida* spp. Отсутствие роста микроорганизмов отмечалось в 66,0% наблюдений (диаграмма № 9 а,б). Во 2-ой исследуемой группе микроэкология содержимого полости матки представлялась следующим образом: так же преобладал *Enterococcus* spp- 12,0%, в 8,0% выделена *Escherichia coli* и в 8,0% *Staphylococcus epidermidis*. У 72,0% родильниц рост микроорганизмов отсутствовал.

## Результаты бактериологического исследования полости матки 1-й группы



## Результаты бактериологического исследования полости матки 2-й группы



Для изучения степени выраженности воспалительного процесса в полости матки проводили цитологическое исследование лохий, в 1-ой группе на 3-й, 5-е и 7-е сутки послеродового периода, во второй группе на 3-й и 5-е сутки. Отмечено, что на 3-й сутки послеродового периода в обеих группах отмечался воспалительный тип цитограмм. На 5-е сутки у рожениц 1-ой группы сохранялся воспалительный тип цитограмм, тогда как во 2-ой, к этому моменту, у значительного числа (76,0%) исследуемых, выявлен воспалительно-

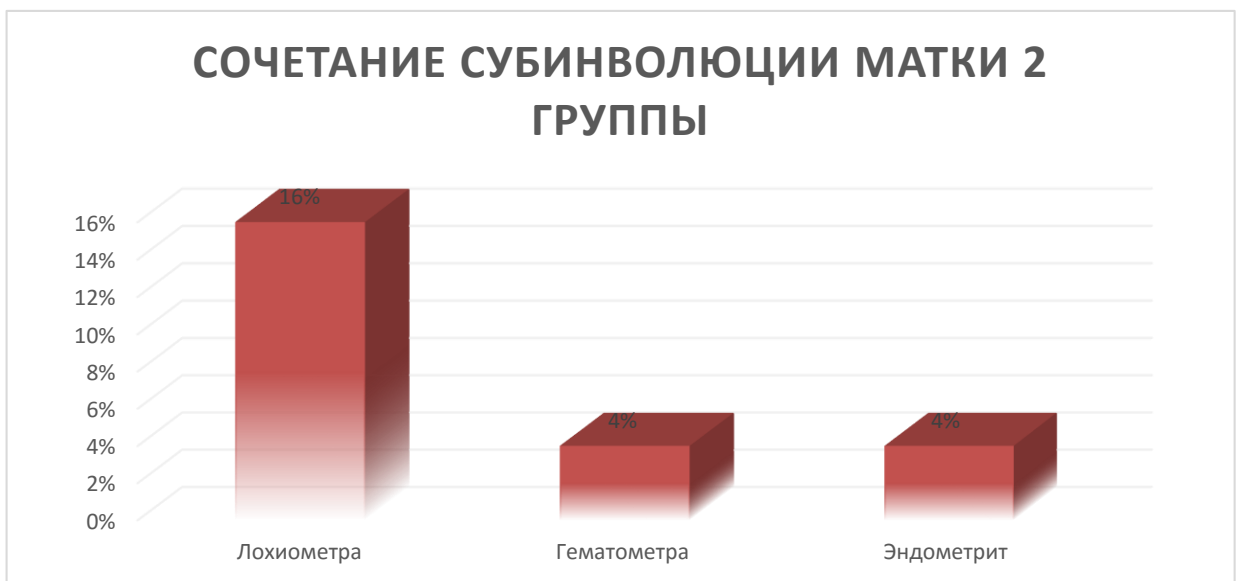
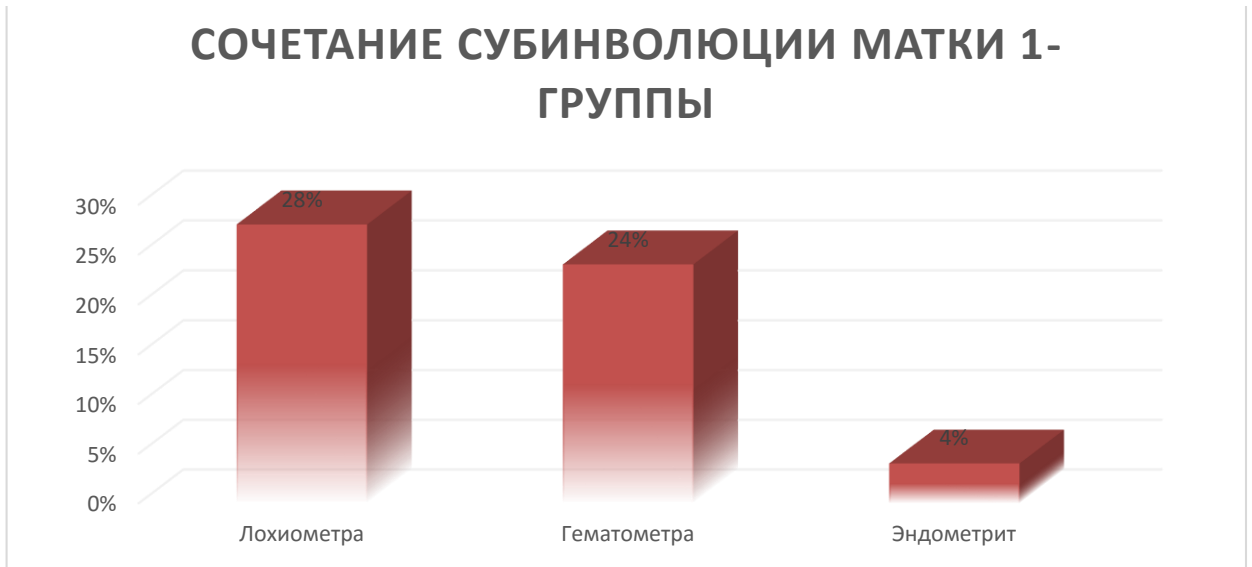
регенеративный тип цитограмм, в то время как после абдоминального родоразрешения воспалительно-регенеративный тип цитограмм в большинстве случаев (86,0%) был отмечен лишь к 7-8 суткам после родового периода.

Наиболее часто в обеих исследуемых группах отмечалась субинволюция матки. При детальном анализе у пациенток с субинволюцией матки было выявлено, что данное осложнение встречается у рожениц обеих исследуемых групп при наличии гематометры, лохиометры и эндометрита, то есть имеет место сочетание 2-3 нозологических форм (диаграмма №9).



В обеих группах нормальная инволюция матки отмечалась более чем у 80,0% рожениц. Соответственно субинволюция была выявлена у 56,0% женщин в 1-ой и у 24,0% во 2-ой группах. При детальном анализе у пациенток 1-ой группы субинволюция матки сочеталась в 28% случаев с лохиометрой, в 24,0% с гематометрой и 4% с эндометритом. Во 2-ой группе у 16% рожениц отмечалась лохиометра, у 4% рожениц была диагностирована гематометра, и в 4% случаев послеродовый период осложнился эндометритом.





Таким образом, после повторного кесарева сечения частота осложнений в послеродовом периоде в 3 раза выше, чем после родов через естественные родовые пути, что требует проведения лечебных мероприятий, материальных затрат и удлиняет сроки пребывания родильниц в стационаре [10,12, 15,41,49,58].

В 1-ой группе курс антибактериальной терапии получили 88% родильниц, тогда как во 2-ой 24% родильниц. Профилактика ГСО путем трехкратного введения антибактериальных средств в 1-ой группе исследуемых проведена у 12 % пациентки и у 24% во 2-ой. Причем антибактериальная терапия подбиралась в каждом случае индивидуально, с учетом аллергоанамнеза родильниц, их соматических заболеваний, длительности безводного промежутка и интраоперационных осложнений. 48 % женщин из 2-ой группы исследуемых в послеродовом периоде не получали антибиотики, в 1-ой группе таких родильниц не было. Многие авторы ведущим в профилактике считают превентивное применение антибактериальных средств (Баев О.Р., Стрижаков А.Н., 1997).

### **3.2 Перинатальные исходы у женщин с рубцом на матке в зависимости от способа родоразрешения.**

В процессе рождения ребенка через естественные родовые пути происходит запуск механизмов адаптации к внеутробной жизни. При этом особенно напряженно протекают процессы ранней неонатальной адаптации в первые 30 минут жизни, когда происходит активация внешнего дыхания и максимально выражены компенсаторно-приспособительные реакции экстренного характера (Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., 2003).

Для изучения ранней адаптации новорожденных от матерей, имеющих рубец на матке был обследован 50 ребенок. Все дети были разделены на две группы:

- 1- ая группа - 25 ребенка, рожденные путем операции кесарево сечение;
- 2- ая группа - 25 детей, рожденных через естественные родовые пути.

Известно, что при родоразрешении путем операции кесарево сечение,

до начала родовой деятельности, плод лишается запрограммированных природой стимулов для запуска адаптационных механизмов. В то время как при рождении плода через естественные родовые пути происходит активация механизмов адаптации к внеутробной жизни. Вследствие чего, компенсаторно-приспособительные реакции экстренного характера протекают менее напряженно, и адаптация новорожденных происходит достаточно гладко (Комиссарова Л.М., 2000, Кузьмина Т.Е., 2002).

Учитывая выше изложенное, новорожденные 1-ой группы, которые родились путем операции кесарево сечение, были разделены на две подгруппы:

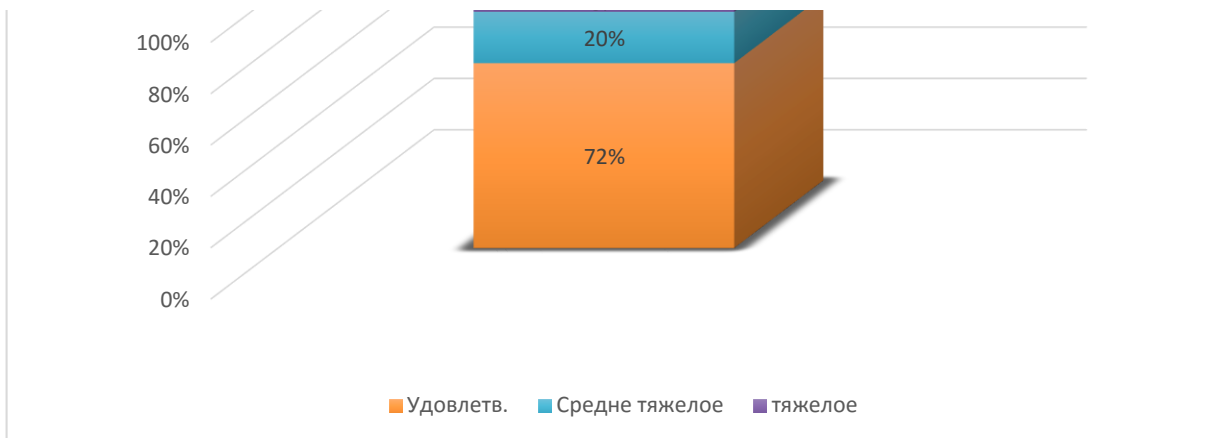
1-а подгруппа — 14 ребенка, рожденные путем планового кесарева сечения до начала родовой деятельности.

1-б подгруппа — 11 детей, рожденные путем кесарева сечения с началом родовой деятельности.

Выборка групп проводилась слепым методом. Среди новорожденных, которые родились путем операции кесарево сечение, мальчиков было 8 (32,0%), девочек - 17 (68,0%). В подгруппе новорожденных, родившихся при операции кесарево сечение в плановом порядке, также преобладали плоды женского пола, девочек было 15 (60,0%). В подгруппе детей родившихся оперативным путем, но с началом родовой деятельности, преобладали мальчики — 64,0%.

Во 2-ой группе было 12 (48,0%) девочки и 14 (56,0%) мальчиков. Принадлежность по половому признаку не имела достоверных различий между группами обследованных детей ( $p > 0,05$ ).

При первом осмотре неонатологом новорожденных 1-а подгруппы состояние было расценено как удовлетворительное у 18 (72,0%) детей, у 5 (20,0%) детей как средней тяжести, и у двоих (8,0%) как тяжелое (Диаграмма №11).



Тяжесть состояния была обусловлена неврологической симптоматикой у 6 (24,0%) детей, из них в виде синдрома умеренного угнетения ЦНС у 11 (44%), повышенной нервно-рефлекторной возбудимости у 6 (24%) и внутричерепной гипертензии у 3 (12%) новорожденных.

Семь младенцев родились с признаками задержки внутриутробного развития легкой степени, сочетающейся с перенесенной хронической внутриутробной гипоксией. 9 детей родились в состоянии средней тяжести по совокупности патологии - хроническая внутриутробная гипоксия, морфологическая и функциональная незрелость, отечный синдром и переносимость. В этой же подгруппе было двое детей (8,0%), состояние которых было расценено как тяжелое за счет синдрома дыхательных расстройств, отека головного мозга и гипоксического поражения ЦНС.

В 1-6 подгруппе в состоянии средней тяжести родилось всего 4 ребенка (16,0%). Тяжесть состояния детей была обусловлена СДР у двоих детей и неврологическими нарушениями также у двоих новорожденных.

При первом осмотре неонатолога новорожденных 2-ой группы, родившихся естественным путем, состояние средней тяжести было отмечено у 3 (12,0%). Тяжесть состояния этих детей была обусловлена неврологической симптоматикой и задержкой внутриутробного развития.

Таким образом, у детей, рожденных оперативно с началом родовой деятельности и через естественные родовые пути, в 3 раза реже по сравнению с

подгруппой 1-а отмечалось состояние средней тяжести при рождении, что указывало на достаточно хорошие приспособительные механизмы этих новорожденных. В то время как дети, появившиеся на свет путем плановой операции кесарево сечение, были уязвимы и приспособительные механизмы адаптации в родах у них были более низкими и, как результат - почти каждый третий ребенок родился в состоянии средней тяжести.

Оценка по шкале Апгар у новорожденных подгруппы 1-а на первой минуте в среднем составила  $7,94 \pm 0,27$  балла, на пятой минуте  $8,23 \pm 0,42$  балла и не имела достоверных различий с младенцами 1-6 подгруппы ( $7,85 \pm 0,53$  и  $8,33 \pm 0,52$  соответственно) (табл. 8).

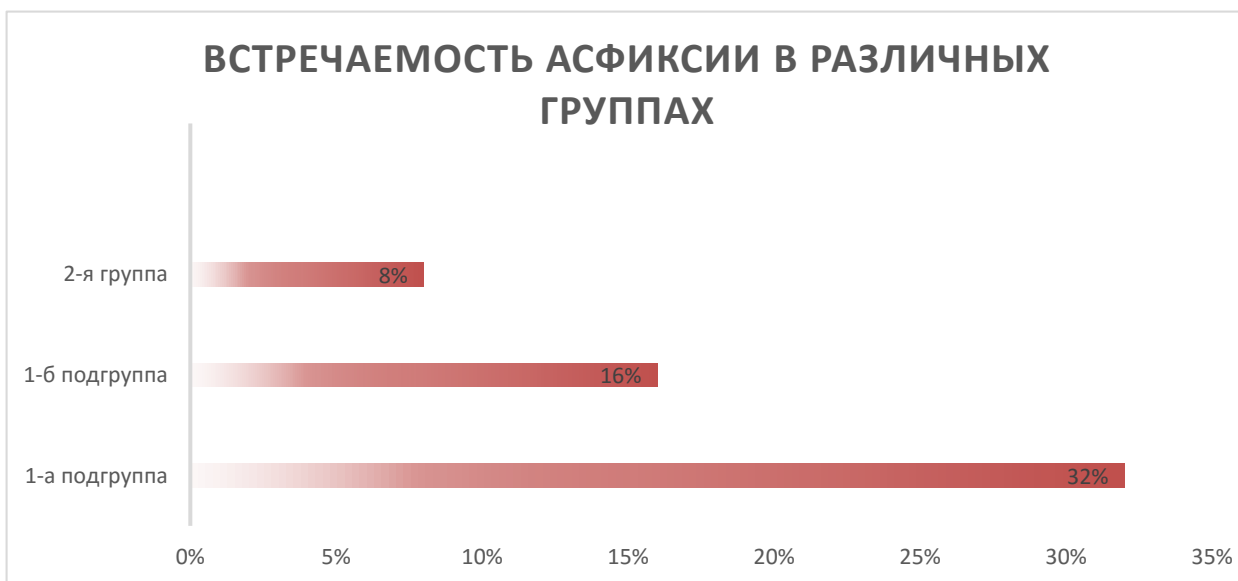
Показатели оценки по шкале Апгар у новорожденных

Таблица 8

Оценка по шкале Апгар	Подгруппа 1-а (n=14)	Подгруппа 1-б (n=11)	Вторая группа (n=25)
1-я минута	$7,94 \pm 0,28$	$7,85 \pm 0,5$	$7,94 \pm 0,5$
2-я минута	$8,23 \pm 0,4$	$8,33 \pm 0,5$	$8,23 \pm 0,4$

Новорожденные второй группы получили на первой минуте оценку по шкале Апгар равную  $7,94 \pm 0,5$ , на пятой -  $8,24 \pm 0,4$ . Двое детей (8%) родились в асфиксии легкой степени, в состоянии первичного апноэ.

В оказании первичной помощи в родовом зале подавляющее большинство младенцев не нуждались. Достоверных различий в оценке по шкале Апгар, между подгруппами 1-а и 1-б, а также 2-ой группой нами не выявлено. Однако, в 1-а подгруппе в асфиксии легкой степени родилось в два раза больше младенцев (8 детей), чем в подгруппе 1-б (4 ребенка) и во 2-ой группе (2 ребенка) (диаграмма 12).



Подавляющее большинство младенцев обеих подгрупп после рождения в реанимационной помощи не нуждались. Из 8 детей, родившихся в состоянии асфиксии легкой степени, 6 детей родились в состоянии первичного апноэ и регулярное дыхание появилось после тактильной стимуляции, а двое младенцев, принадлежавшие к 1-а подгруппе родились в состоянии вторичного апноэ и потребовали масочной искусственной вентиляции легких в первые две минуты после рождения.

Каждый третий ребенок в 1-а подгруппе нуждался в назначении оксигенотерапии после рождения в течение 5-10 минут, в то время как в подгруппе 1-б и 2-ой группе только двоим детям назначался кислород продолжительностью 5 минут.

Практически все дети, за исключением двоих, рожденные через естественные родовые пути, сразу были выложены на живот матери и приложены к материнской груди. Такая возможность отсутствовала у младенцев 1-ой группы, поскольку их матери находились под **эндотрахеальным наркозом**.

Таким образом, дети 2-ой группы, в периоде самой ранней адаптации, первые минуты после рождения, контактировали с материнской кожей и заселяли свой беззащитный организм материнской флорой, а с первыми

каплями молозива получали секреторные иммуноглобулины для нормальной колонизации кишечника в раннем неонатальном периоде.

Параметры физического развития плода при рождении наиболее полно характеризуют конституциональное своеобразие организма младенца и определяют во многом течение раннего неонатального периода. В связи с чем, нами были проанализированы параметры физического развития новорожденных.

У новорожденных, которые родились путем операции кесарева сечения, показатели физического развития имели свои особенности.

Преобладающее количество детей в подгруппе 1-а имели массу тела от 3500 гр до 4000 гр, каждый пятый ребенок в данной подгруппе родился с массой тела 4000 и более грамм (20,0%). Практически такая же тенденция сохранялась и в подгруппе 1-б, 16% детей родились с крупной массой тела. В группе детей, рожденных через естественные родовые пути, крупновесных новорожденных было в три раза меньше, всего 8,0%.

Однако, в 1-а подгруппе наряду с большим количеством детей с массой тела более 4000 грамм, каждый восьмой ребенок родился менее 3000 грамм (12,0%), в то время как в 1-б подгруппе таких детей было всего 8,0%, а во второй группе всего 4,0%.

Средняя масса новорожденных 1-а подгруппы составила  $3540,23 \pm 419,1$  и не имела достоверных различий с детьми 1-б подгруппы ( $3623,0 \pm 418,5$ ). Во 2-ой группе масса детей при рождении была несколько ниже по сравнению с детьми обеих подгрупп и составила  $3504,0 \pm 348,0$ . Более низкие показатели массы тела у младенцев этой группы были обусловлены рождением большинства детей со средними показателями массы тела.

Известно, что соответствие окружности головы ребенка сроку гестации имеет большое прогностическое значения для дальнейшего нервно-психического развития младенца. Окружность головы родившихся детей во всех группах соответствовала гестационному возрасту, массе и длине тела.

Показатели массо-ростового коэффициента у детей обеих групп указывали не только на отсутствие достоверных различий между группами, но и достаточно благоприятные и приблизительно равные условия развития этих детей внутриутробно. Однако в 1-б подгруппе дети с ЗВУР отсутствовали, в то время как в 1-а подгруппе их было 3 (12,0%) и во 2-ой группе 1 (4,0%). Все младенцы имели гипотрофический вариант задержки внутриутробного развития легкой степени, что указывало на формирование дистрофии в последнем триместре беременности (табл.9).

Показатели физического развития новорожденных (Таблица 9)

Показатели	Подгруппа 1-а (n=14)	Подгруппа 1-б (n=11)	Вторая группа (n=25)
Масса в граммах	3540,2±419,2	3623,7±418,5	3504,4±348,9
Длина (см)	53,3±2,5	53,08± 2,85	53,04±2,89
Окружность головы (см)	35,48±1,09	35,48±1,54	35,08±1,16
Окружность груди (см)	34,82 ±1,53	34,83±1,55	34,33±1,27
Массо-ростовой коэффициент	66,06±6,07	68,11±5,43	65,83±5,4

-  $p < 0,05$

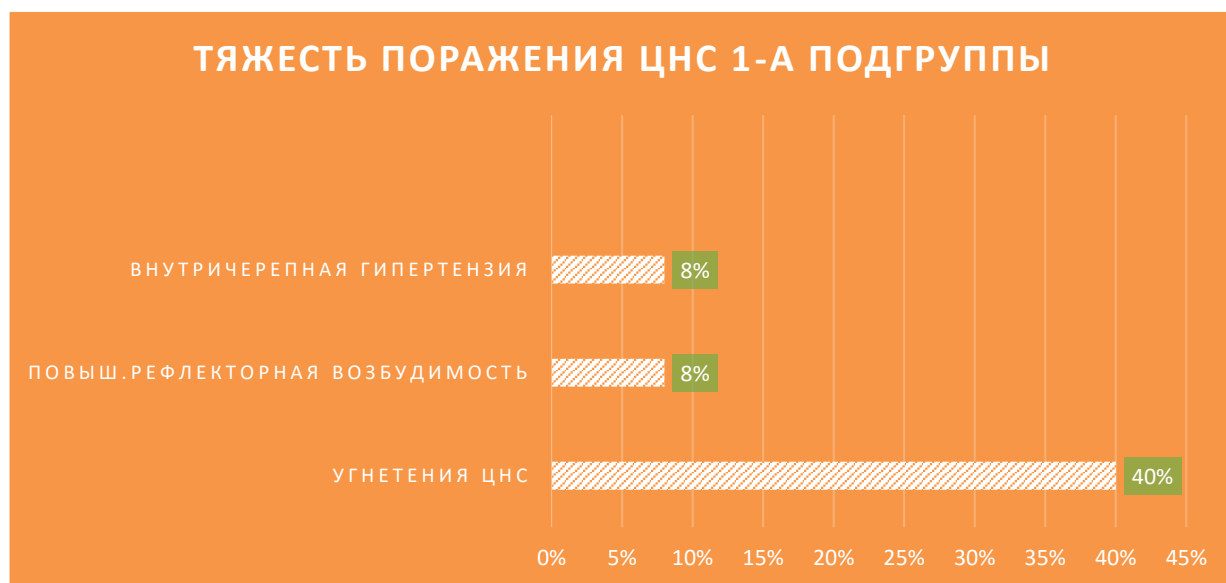
Учитывая, что от течения раннего неонатального периода во многом зависит последующее физическое и нервно-психическое развитие человека, нами было проанализировано его течение и выявлены основные особенности у новорожденных обследованных групп.

Большинство детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию плода, в периоде ранней адаптации, реализовали появление неврологической симптоматики. Вегетативные неврологические расстройства гипоксического характера проявлялись в виде акроцианоза, расстройств микроциркуляции, неустойчивых рефлексов и снижения мышечного тонуса у 4,0% новорожденных 1-а подгруппы, 8,0% детей 1-б подгруппы и 4,0% младенцев 2-ой группы.



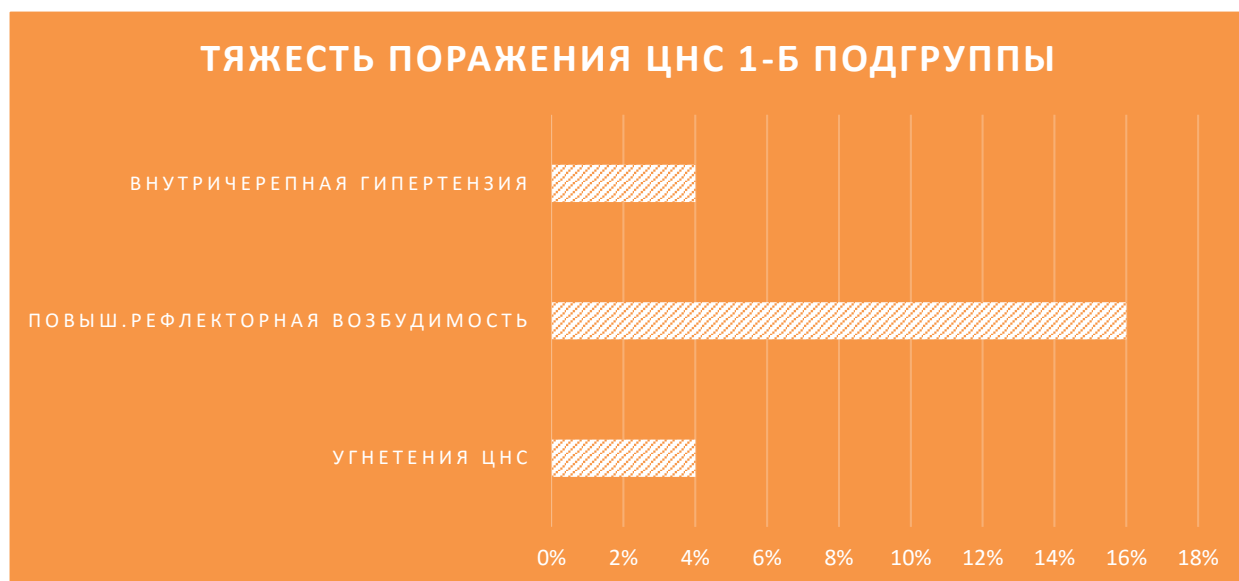
У детей подгруппы 1-а частота неврологических расстройств была достоверно выше ( $p < 0,05$ ), а тяжесть поражения более значимой, по сравнению с новорожденными подгруппы 1-б и 2-ой группы. Так, в 1-а подгруппе выставлен неврологический диагноз каждому четвертому ребенку, в подгруппе 1-б - каждому пятому, а во 2-ой группе каждому девятому.

Диагноз гипоксического поражения ЦНС в раннем неонатальном периоде был выставлен 24,0% младенцев родоразрешенных оперативно в плановом порядке. Из неврологических синдромов в данной подгруппе лидирующее положение занимал синдром умеренного угнетения ЦНС – 12.0% (3 детей). Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости диагностирован у 7 (28,0%) новорожденных, синдром внутричерепной гипертензии выявлен и подтвержден данными нейросонографии у двоих новорожденных (8,0%). Один ребенок в данной подгруппе имел клинические проявления отека головного мозга вследствие длительной хронической гипоксии во время беременности и морфофункциональной незрелости при сроке гестации 36 недель (диаграмма 13 ).



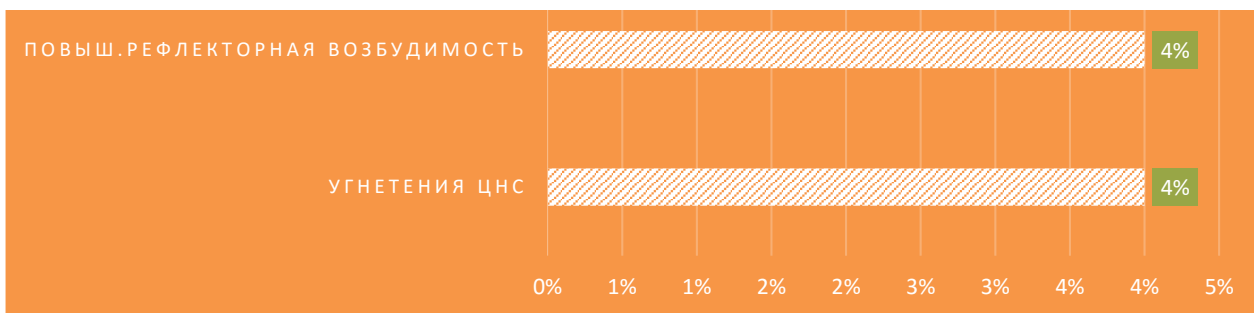
В подгруппе 1-б выявлялись те же неврологические синдромы, что и в подгруппе 1-а, но их распределение по степени значимости было совершенно иным. В этой подгруппе преобладал синдром повышенной нервно-

рефлекторной возбудимости — 4 (16%), синдром угнетения ЦНС - 1 (4,0%) и один ребенок с синдромом внутричерепной гипертензии (4,0%)(диаграмма 14).



Как видно из выше изложенного, не смотря на один и тот же путь родоразрешения, дети, рожденные путем операции кесарево сечение с началом родовой деятельности, имели в периоде адаптации менее выраженную неврологическую симптоматику, с преобладанием более легких неврологических синдромов.

Во 2-ой группе, где плод рождался самостоятельно, через естественные родовые пути, гипоксическое поражение ЦНС было выявлено только у 2 новорожденных (8,0%), что в 2,5 раза меньше чем у детей подгруппы 1-а и в 1,7 раза меньше, чем в подгруппе 1-б. В этой группе было по двое детей с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и умеренного угнетения ЦНС (4,0%) и один ребенок с синдромом внутричерепной гипертензии (4.0%) (Диаграмма 15).

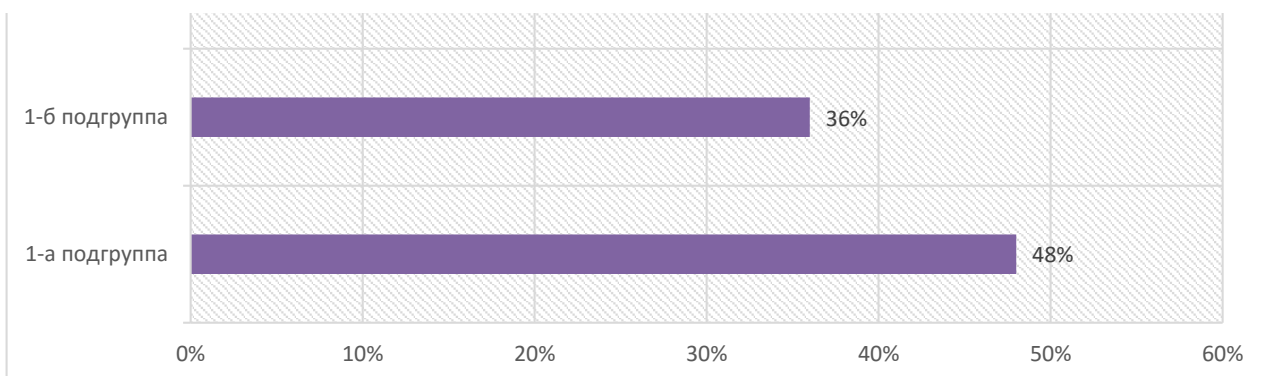


Однако, во 2-ой группе было двое младенцев с гипоксическим-геморрагическим поражением ЦНС. В обоих случаях развитию кровоизлияния способствовала сочетанная патология - хроническая гипоксия, аномалии родовой деятельности у матери и незрелость плодов.

Таким образом, сравнивая адаптацию обследованных новорожденных необходимо отметить, что наиболее успешной она была у детей родившихся через естественные родовые пути и путем операции кесарево сечение с началом родовой деятельности.

К концу раннего неонатального периода общемозговая неврологическая симптоматика имела тенденцию к уменьшению у большинства новорожденных. Однако, дети, которые сохраняли неврологическую симптоматику, а также имевшие изменения на нейросонограмме были переведены на последующие этапы реабилитации.

Неонатальная желтуха наблюдалась у детей всех обследованных групп. Однако, у новорожденных 1-а подгруппы она встречалась несколько чаще – 48,0%, против 36,0% в 1-б подгруппе и 32,0% во 2-ой группе (диаграмма 16).



Кроме того, у младенцев 1-а подгруппы интенсивность и распространенность желтушного синдрома была более выраженной, так в этой подгруппе в два раза больше было новорожденных с проявлениями желтухи второй и третьей степени. Следствием этого было более длительное сохранение желтушного синдрома при выписке на педиатрический участок, более половины детей 1-а подгруппы были выписаны из родильного дома с желтушными кожными покровами 1-2 степени. У новорожденных подгруппы 1-б таких детей было 24,0%, а во 2-ой группе только 12,0%.

Согласно полученным данным, благоприятным становление лактации было у 88,0% женщин, родивших самостоятельно. Только 8 детей получали докорм в ранний неонатальный период по поводу недостатка молока у матери. В то время как новорожденные 1-а подгруппы в 72,0% случаев получали докорм заменителями материнского молока, а 52,0% этих детей были выписаны домой на смешанном вскармливании, так как у их матерей не установилась лактация.

Практически такая же зависимость была и в 1-б подгруппе. Здесь в ранний неонатальный период 60,0% новорожденных получали заменители грудного молока. Хотя в данной подгруппе к концу раннего неонатального периода лактация не установилась только у 28,0% женщин, остальные вскармливали своих детей только грудным молоком.

Нельзя не учитывать и тот факт, что в подгруппе 1-а был самый высокий процент детей, родившихся с признаками морфологической и функциональной незрелости, ранняя адаптация которых проходила

напряженно, а это не могло не сказаться на активности сосательного рефлекса, и могло также оказать влияние на становление лактации у матери.

Таким образом, дети, родившиеся через естественные родовые пути, в своем большинстве вскармливались исключительно грудью матери, быстрее восстановили первоначальную убыль массы и начали ее прибавку. Наши исследования согласуются с литературными данными, так как степень усвоения грудного молока более высокая, а это способствует более быстрому восстановлению, а затем и прибавке в массе.

Пуповинный остаток у всех детей был удален хирургическим путем на 3-4 сутки раннего неонатального периода. Заживление пупочной ранки проходило гладко, воспалительных изменений не регистрировалось.

Вследствие различных отклонений в течение раннего неонатального периода, часть новорожденных были переведены в стационар для дальнейшей реабилитации. Так, новорожденные, родившиеся через естественные родовые пути, и путем операции кесарева сечения с началом родовой деятельности в 2 раза реже направлялись в стационар, чем дети 1-а подгруппы. Большинство новорожденных, родившихся в плановом порядке, переводились на реабилитационное лечение по поводу сочетания гипербилирубинемии и неврологической симптоматики. Таких младенцев в этой подгруппе было 4 (16,0%), в то время как, в подгруппе 1-б и во 2-ой группе было всего по 2 ребенка (8,0% и 8,0% соответственно).

Все выше изложенное позволяет заключить, что период ранней адаптации протекает более напряженно у новорожденных, родившихся путем операции кесарево сечение в плановом порядке до начала родовой деятельности у матери. У этих детей в периоде адаптации наиболее часто выявляются признаки незрелости органов и систем, что осложняет их адаптацию к условиям внеутробной жизни.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современном акушерстве отмечается неуклонный рост частоты кесарева сечения [4, 72, 85]. Расширение показаний к абдоминальному родоразрешению ведет к увеличению числа женщин, имеющих рубец на матке. У каждой четвертой беременной, родоразрешенной путем операции кесарево сечение, имеется рубец на матке после предыдущих оперативных родов.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что абдоминальное родоразрешение и в настоящее время является фактором высокого риска как для матери, так и для новорожденного. В частности, при кесаревом сечении остается чрезвычайно высокой частота асфиксии новорожденных, а перинатальная смертность в несколько раз выше, чем при рождении через естественные родовые пути, достигая 11 %. [49, 72, 85].

Одним из основных резервов снижения частоты повторного кесарева сечения является консервативное родоразрешение строго отобранной группы женщин с рубцом на матке. По данным разных авторов у 30-80% беременных с рубцом на матке возможны роды через естественные родовые пути [71, 79, 88].

Проведенный ретроспективный анализ клинических отчетов акушерских отделений г. Самарканда за период с 2013 по 2015 год показал, что прослеживается четкая тенденция увеличения общего числа родов, а показатели частоты кесарева сечения приближаются к 30%.

На основании ретроспективного анализа 25 историй родов пациенток, родоразрешенных путем операции кесарево сечение в родильном отделении «№1» и «№4» в период с 2013 по 2015 год, изучены основные факторы, способствующие расширению показаний для данной операции. В данном акушерском стационаре, как и в целом по области, отмечен рост общего количества родов и абдоминального родоразрешения.

Одним из факторов, влияющих на рост абдоминального родоразрешения, является сопутствующая соматическая патология, частота которой неуклонно увеличивалась на протяжении этих лет. Если в 2013 году число госпитализированных женщин с экстрагенитальной патологией составляло 44,0%, то в 2015 году количество таких пациенток выросло до 70,0%.

Соматическая патология, которая потребовала оперативного родоразрешения выросла с 16% до 28%. Так же возросло количество пациенток с отягощенным гинекологическим анамнезом с 54% в 2013 году до 70,0% в 2015 году.

За наблюдаемый период выявлена четкая тенденция роста аномалий родовой деятельности с 20% в 2013 до 28% в 2015 году. Прослеживается увеличение тазового предлежания плода, как показания для кесарева сечения. Одним из основных показаний к оперативному родоразрешению являлось наличие рубца на матке после предыдущего кесарева сечения, что подтверждается данными отечественных и зарубежных ученых [36, 72, 85].

За весь изучаемый период частота экстренного кесарева сечения превышает плановые операции. В среднем у 66,0% пациенток абдоминальное родоразрешение было выполнено в экстренном порядке.

Из 20% пациенток, которым было произведено повторное кесарево сечение, у 12% отмечался спаечный процесс в брюшной полости, в 8% случаев он был выраженным. У 12% пациенток во время операции разрез на матке перешел на нижний сегмент и продлился по ребру, что сопровождалось кровотечением. У 8% женщин была выявлена сопутствующая патология кисты яичника, миоматозные узлы.

При анализе течения послеоперационного периода у каждой четвертой родильницы были выявлены те или иные осложнения. Обращает на себя внимание высокая частота анемии, у каждой второй женщины легкой степени тяжести, средняя и тяжелая степени анемии выросли с 4% до 12%. Частота субинволюции колебалась от 4% до 16%, в последние годы в среднем составляла 12%. Отмечено увеличение почти в 2 раза эндометрита и гематометры.

Ретроспективный анализ показал, что возникновение интра- и послеоперационных осложнений было выше у пациенток, которым производилось повторное кесарево сечение, что подтверждает данные зарубежных и отечественных ученых о том, что повторное абдоминальное родоразрешение является технически более сложным и сопряжено с высоким

риском осложнений как во время операции, так и в послеоперационном периоде [1, 12, 16, 21,46,89,132].

За период с 2013 по 2015 год включительно было проведено родоразрешение у 217 женщин с рубцом на матке после кесарева сечения и изучено у 50 женщин течение послеродового периода.

В зависимости от способа родоразрешения все пациентки были распределены на 2 группы:

- 1-ю группу составили 25 женщины с рубцом на матке, которым было произведено повторное кесарево сечение;
- во 2-ю группу вошли 25 женщин с рубцом на матке, родоразрешенные через естественные родовые пути.

Более чем у 80,0% пациенток обеих групп имелись экстрагенитальные заболевания, а у каждой третьей наблюдалось сочетание двух и более нозологических форм. В 1-ой группе наиболее часто встречалась патология почек (20%), миопия средней и высокой степени (16%), ВСД(12%), патология ЖКТ (18%). Во 2-ой группе преобладало наличие ВСД у 16% пациенток, патология ЖКТ у 12%, патология почек у 12% пациенток.

При исследовании репродуктивной функции отмечено, что 44% пациенток 1-ой группы не имели в анамнезе отягчающих факторов, кроме одного кесарева сечения. Во 2-ой группе таких женщин оказалось 20%. Частота самопроизвольных родов до кесарева сечения в анамнезе у пациенток 1-ой группы составила всего 4%, тогда как во 2-ой их было 16%, что значительно повысило благополучный исход родов через естественные родовые пути.

Проведенный анализ показал, что у 76% женщин, родоразрешенных повторной операцией, показания к предыдущему кесареву сечению были преходящими (аномалии родовой деятельности, гестоз, клинически узкий таз, крупный плод, патология плаценты) и при последующем родоразрешении данная акушерская ситуация могла не повториться. У пациенток, родоразрешенных через естественные родовые пути такие показания имели место в 96% случаев.



У всех исследуемых пациенток первое кесарево сечение было произведено в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом. В качестве шовного материала в 24% случаев в 1-ой и в 26% во 2-ой группе использовался кетгут, в 44% и 36% соответственно применялся капроаг, в 12% и 20% синтетические нити.

При анализе интра - и послеоперационных осложнений оказалось, что частота их была примерно одинаковой в обеих группах, однако частота гнойно-септических осложнений была несколько выше в 1-ой группе, чем во 2-ой (12% и 16%). Частота эндометритов, создающих наиболее неблагоприятные условия для репаративных процессов в матке в обеих группах была одинаковой (12% и 16% соответственно).

Период после кесарева сечения до следующих родов составил от 1 года до 16 лет. Наиболее часто повторную беременность сохраняли спустя 4-6 лет после предыдущего кесарева сечения.

При анализе течения беременности было выявлено, что у 76,0% пациенток обеих групп имелись заболевания или осложнения. Обращает на себя внимание высокая частота гестоза, который осложнил беременность у 48% пациенток 1-ой группы и у 44% 2-ой.

Наиболее частым осложнением у беременных с рубцом на матке являлась угроза прерывания беременности на разных сроках, по данным различных авторов, частота угрозы прерывания колеблется от 16,8. до 34% [59,68,76,106]. Частота этого осложнения в 1-ой группе составила 52%, во 2-ой - 48%, причём у многих пациенток обеих исследуемых групп имелось несколько эпизодов клинических проявлений угрозы прерывания беременности, что требовало проведения дифференциальной диагностики этих состояний с признаками несостоятельности рубца на матке.

В комплекс обследования беременных для оценки состояния рубца на матке включали эхографию матки при наполненном мочевом пузыре с дополнительной доплерометрией зоны рубца. Исследование проводили при сроке беременности 36-38 недель, при котором состояние рубца можно оценить

наиболее достоверно. Отсутствие выраженной деформации в области рубца на матке, его равномерность, наличие локусов кровотока и отсутствие плацентации в области нижнего сегмента матки являлись основными эхографическими критериями для выбора метода родоразрешения у беременных 2-ой группы. На наш взгляд, диагноз несостоятельности рубца на матке не соответствовал истинной частоте данного осложнения, по данным А.Б.Погореловой (1990), А.Н. Стрижакова (1998), В.И.Краснопольского (2003), несостоятельность рубца на матке при выполнении повторного кесарева сечения наблюдалась в 24,1-31,6% случаев, по данным В.И.Кулакова (2000) - 14,8%. Основными клиническими проявлениями несостоятельности рубца на матке у исследуемых беременных были локальная болезненность, чувство жжения в области рубца, болевой синдром при пальпации через переднюю брюшную стенку и передний свод влагалища нижнего сегмента в области предполагаемого рубца. Информативность клинических признаков несостоятельности рубца на матке по нашим данным составила около 50%.

Экстрагенитальная патология явилась показанием для кесарева сечения в 16,0% случаев, в ее структуре миопия тяжелой степени с изменениями на глазном дне была выявлена у 16,0%. Осложнения настоящей беременности (симфизиопатия, предлежание плаценты, нарушения фето- плацентарного комплекса) явились показанием у 2,0% пациенток, крупный плод отмечен так же в 20% случаях. У 20% беременных показанием для операции явилось наличие двух и более рубцов на матке. Неготовность организма беременной к родам при сроке беременности 40-41 неделя послужили показанием для операции всего лишь у 2 (8%) пациенток.

В экстренном порядке была произведена операция у 52% пациенток, в плановом - у 44%.

После проведенного анализа технических особенностей и осложнений, возникших при выполнении повторного кесарева сечения мы получили следующие данные. У 44% пациенток при вхождении в брюшную полость был обнаружен спаечный процесс. Таким образом, частота

интраоперационных осложнений при выполнении повторного кесарева сечения составила 16%.

2-ю группу исследуемых пациенток составили женщины с рубцом на матке, родоразрешенные через естественные родовые пути.

При анализе течения родов было обнаружено, что у каждой четвертой роженицы роды осложнились слабостью родовой деятельности, что почти во всех случаях потребовало применения утеротоников. Несвоевременное излитие околоплодных вод отмечалось у каждой пятой пациентки, из них у большинства - раннее излитие околоплодных вод, что согласуется и литературными данными [24, 97, 108,156].

После самостоятельного отделения и выделения последа во всех случаях проводили ручное обследование полости матки под внутривенным наркозом, оценивали целостность стенок матки и состояние рубца. В 100% рубец на матке был состоятельным.

Нами уделялось особое внимание течению послеродового периода у пациенток исследуемых групп.

Из наиболее частых жалоб, которые предъявляли родильницы обеих исследуемых групп, были следующие: 94,0% родильниц 1-ой группы и 52% 2-ой отмечали общую слабость, усталость после родоразрешения. Боли в области послеоперационной раны беспокоили подавляющее число пациенток 1 -ой группы - 96,0%, болевой компонент в области промежности, особенно после эпизиотомии отмечен у 28% родильниц 2-ой группы.

При нормальном течении послеродового периода возможна кратковременная субфебрильная температура, обусловленная обезвоживанием, преходящей бактериемией и попаданием в кровь чужеродных белков плода. После родов через естественные родовые пути температура, как правило, нормализуется самостоятельно в течение первых суток, что отмечено у 97,0% родильниц 2-ой группы, тогда как после кесарева сечения самостоятельное снижение температуры отмечалось только у 30,0% женщин.

Как показали исследования, при детальном анализе у пациенток 1-ой группы анемия легкой степени встречалась в 52,0% случаях, тогда как во 2-ой группе наблюдалась у 28% родильниц. Анемия средней степени имела место у 16% и 8% пациенток исследуемых групп соответственно. Таким образом, в 1-ой группе исследуемых пациенток анемия I-степени встречалась в 2 раза чаще, по сравнению с родильницами 2-ой группы, что связано с более высокой интраоперационной кровопотерей во время повторного кесарева сечения, по сравнению с физиологической кровопотерей в родах, проведенных через естественные родовые пути.

При бактериологическом исследовании лохий у пациенток 1-ой группы преобладал *Enterococcus* spp- 16,0%. *Staphylococcus epidermidis* регистрировался в 16,0% случаев и в 12% случаев флора представлена дрожжеподобными грибами *Candida* spp. Отсутствие роста микроорганизмов отмечалось в 66,0% наблюдений. Во 2-ой исследуемой группе микроэкология содержимого полости матки представлялась следующим образом: так же преобладал *Enterococcus* spp- 12,0%, в 8,0% выделена *Escherichia coli* и в 8,0% *Staphylococcus epidermidis*. У 72,0% родильниц рост микроорганизмов отсутствовал.

Для изучения степени выраженности воспалительного процесса в полости матки проводили цитологическое исследование лохий, в 1-ой группе на 3-й, 5-е и 7-е сутки послеродового периода, во второй группе на 3-й и 5-е сутки. Отмечено, что на 3-й сутки послеродового периода в обеих группах отмечался воспалительный тип цитограмм. На 5-е сутки у родильниц 1-ой группы сохранялся воспалительный тип цитограмм, тогда как во 2-ой, к этому моменту, у значительного числа (74,0%) исследуемых, выявлен воспалительно-регенеративный тип цитограмм, в то время как после абдоминального родоразрешения воспалительно-регенеративный тип цитограмм в большинстве случаев (86,0%) был отмечен лишь к 7-8 суткам после родового периода.

Наиболее часто в обеих исследуемых группах отмечалась субинволюция матки. В 1-ой группе у 16 % женщин и у 12 % во 2-ой. При детальном анализе у пациенток с субинволюцией матки было выявлено, что данное осложнение

встречается у рожениц обеих исследуемых групп при наличии гематометры, лохиометры и эндометрита, то есть имеет место сочетание 2-3 нозологических форм.

В обеих группах нормальная инволюция матки отмечалась более чем у 80,0% рожениц. Соответственно субинволюция была выявлена у 16,0% женщин в 1-ой и у 12,0 % во 2-ой группах. При детальном анализе у пациенток 1-ой группы субинволюция матки сочеталась в 8%) случаев с лохиометрой, в 4,0% с гематометрой и 8,0% с эндометритом. Во 2-ой группе у 12% рожениц отмечалась лохиометра, у 1 (4%) роженицы была диагностирована гематометра, и в 1 случае послеродовой период осложнился эндометритом.

Таким образом, после повторного кесарева сечения частота осложнений в послеродовом периоде в 3 раза выше, чем после родов через естественные родовые пути, что требует проведения лечебных мероприятий, материальных затрат и удлиняет сроки пребывания рожениц в стационаре [10,12, 15,41,49,58].

В 1-ой группе курс антибактериальной терапии получили 88% рожениц, тогда как во 2-ой 24% рожениц. Профилактика ГСО путем трехкратного введения антибактериальных средств в 1-ой группе исследуемых проведена у 12 % пациентки и у 24% во 2-ой. Причем антибактериальная терапия подбиралась в каждом случае индивидуально, с учетом аллергоанамнеза рожениц, их соматических заболеваний, длительности безводного промежутка и интраоперационных осложнений. 48 % женщин из 2-ой группы исследуемых в послеродовом периоде не получали антибиотики, в 1-ой группе таких рожениц не было. Многие авторы ведущим в профилактике считают превентивное применение антибактериальных средств (Баев О.Р., Стрижаков А.Н., 1997).

## ВЫВОДЫ

1. Частота кесарева сечения по данным родильного отделения «№1» и «№4» г. Самарканда в среднем составляет 27,6%. Высокий уровень абдоминального родоразрешения обусловлен ростом экстрагенитальной (до 16,0%) и гинекологической патологии (до 16,0%), увеличением пациенток с рубцом на матке (до 16,0%), аномалиями родовой деятельности (до 8,0%). В структуре интра- и послеоперационных осложнений преобладают кровотечения (10,0%), анемия (до 52%), субинволюция матки (до 16,0%), эндометрит (до 8,0%).

2. В структуре послеродовых осложнений у женщин с рубцом на матке преобладают гематометра, субинволюция матки, анемия, эндометрит, частота которого после повторного кесарева сечения в 2 раза выше, чем после самопроизвольных родов. Период ранней адаптации протекает более напряженно у новорожденных, родившихся путем операции кесарево сечение в плановом порядке до начала родовой деятельности у матери. У этих детей наиболее часто выявляются признаки незрелости органов и систем, что осложняет их адаптацию к условиям внеутробной жизни. Таким образом, у детей, рожденных оперативно с началом родовой деятельности и через естественные родовые пути, в 3 раза реже по сравнению с подгруппой 1-а отмечалось состояние средней тяжести при рождении, что указывало на достаточно хорошие приспособительные механизмы этих новорожденных. В то время как дети, появившиеся на свет путем плановой операции кесарево сечение, были уязвимы и приспособительные механизмы адаптации в родах у них были более низкими и, как результат - почти каждый третий ребенок родился в состоянии средней тяжести.

3. Период ранней адаптации протекает более напряженно у новорожденных, родившихся путем операции кесарево сечение в плановом порядке до начала родовой деятельности у матери. У этих детей наиболее часто выявляются признаки незрелости органов и систем, что осложняет их адаптацию к условиям внеутробной жизни.

4. У 78,0% пациенток с рубцом на матке, родоразрешенных через естественные родовые пути, отмечается моральное удовлетворение методом родоразрешения, высокая самооценка, готовность иметь детей в будущем и отсутствие нарушений во взаимоотношениях с новорожденным. После повторного кесарева сечения количество таких женщин не превышает 30,0%.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- При состоятельном рубце на матке, отсутствии противопоказаний и согласии беременной — ведение родов через естественные родовые пути является оптимальным методом родоразрешения.
- Для профилактики различных психоэмоциональных расстройств необходимо представлять женщине полную информацию об избранном методе родоразрешения, дифференцированно подходить к проведению операции под общей анестезией, обеспечивать эмоциональную поддержку после родов. В условиях женской консультации следует проводить психопрофилактическую подготовку и информировать о возможных способах ведения родов, предоставляя право выбора метода родоразрешения врачу родильного стационара.
- Новорожденные матерей с рубцом на матке после повторного кесарева сечения требуют интенсивного наблюдения в условиях родильного стационара и дальнейшего динамического наблюдения в детской поликлинике.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В. Пути снижения абдоминального родоразрешения // Журнал акушерства и женских болезней. — 2008. — Т. ХЫХ №2.-С. 69-74.
2. Абрамченко В.В., Бойко И.Н. Рациональная фармакотерапия патологии беременности и родов. - СПб, 2006. - 294 с.
3. Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджаева Э.Д. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. - СПб: Спец. Лит, 2005. - 459 с.
4. Абрамченко В.В., Ланцев Е.А., Шамхалова И.А. Кесарево сечение в перинатальной медицине. — СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2005. — 226 с.
5. Агеева М.И. Допплерометрическое исследование в акушерской практике. - М. Издательский дом Видар. — 2003 — 204 с.
6. Ананьев В.Е., Побединский Н.М. Повторное кесарево сечение в современном акушерстве // Акушерство и гинекология. - 2003. - №3. - С. 61-63.
7. Ананьев В.А., Побединский Н.М., Чернуха Е.А. Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периодах // Акушерство и гинекология. - 2005. - №2. - С. 52-54.
8. Анохова Л.И., Загородняя Э.Д., Иозефсон С.А. Использование ронколейкина при эндометрите после кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. - 16-17.
9. Анохова Л.И., Загородняя Э.Д., Дашкевич О.Ю. Профилактика эндометрита после кесарева сечения методом эндоваскулярного лазерного облучения // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя», - М., 2005. 17-18.
10. Анчик О.Г. Показатели иммунитета у родильниц после абдоминального родоразрешения под воздействием озонотерапии // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». — М., 2006. - С.155-156.
11. Баев О.Р. К вопросу об антибиотикопрофилактике гнойных воспалительных осложнений после кесарева сечения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2009. — Т.1. №1. С.81-83.



12. Баев О.Р. Снижение травматичности оперативного вмешательства - перспективное направление развития техники кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. — С. 24-25.

13. Баев О.Р. Разрыв матки в современном акушерстве // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. - 2005. - Т.4. №3. С. 83-88.

14. Байматова З.К., Менгниязова З.Г., Якубов И.И. Особенности пренатального развития плода у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». - М., 2005.-22-23.

15. Биштави А.Х., Жаров Е.В. Значение детоксикации в комплексной терапии послеродового эндометрита // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». -М., 2010. - С. 191-192.

16. Водяник Н.Д., Ядрова Н.А., Данилов Н.Н. К вопросу о беременности и родах у женщин с рубцом на матке // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». - М., 2005. - С. 42-43.

17. Габидуллина Р.И., Фаткуллин И.Ф., Гурьев Э.Н. и др. Новые возможности в диагностике рубца на матке. // Каз. мед.журн.- 2002.- Т. 83.- №1.-с. 4-7.

18. Габидуллина Р.И., Фаткуллин И.Ф., Киясов А. П. и др. Клинико-морфологические параллели в оценке состояния рубца на матке после кесарева сечения // Казанский медицинский журнал. - 2006. - Т. 83 №6 - С.424-429.

19. Габидуллина Р.И., Шайхутдинова Л.Р., Фаткуллин И.Ф. и др. Сравнительная оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. -2006. - Т.1.- №1.- С. 140 .

20. Габидуллина Р.И., Матвеева Е.Г., Фаткуллин И.Ф. Особенности контрацептивного поведения женщин после операции кесарева сечения. // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. - 2008.-Т.1.-№1.- С. 192-193.

21. Габидуллина Р.И. Рубец на матке после кесарева сечения: хирургические и диагностические аспекты: Дис. ...д-ра мед.наук. - М., 2004. 260 с.

22. Горбачева А.В. Повторное кесарево сечение // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». - М., 2005. — 52-53.
23. Горин В.С., Серов В.Н., Семеньков Н.Н., Шин А.П. Диагностика и лечение послеродового эндометрита // Акушерство и гинекология. - 2011. - №6. - С. 10-14.
24. Гребенкин Б.Е. Выбор шовного материала при выполнении кесарева сечения у беременных с тяжелыми формами гестоза // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2010. - №2. — С.32-34.
25. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Анкирская А.С. Основные принципы антибактериальной профилактики и терапии инфекционных осложнений кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004.-60-61.
26. Гуцин И. В., Менгниязова З.Г., Онищенко С.А., Майбородова О.В. Роль эхографической оценки состояния зоны послеоперационного рубца в определении тактики родоразрешения у беременных, перенесших в прошлом кесарево сечение // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». - М., 2005. - 262-263.
27. Давлятова М.Ф., Додхоева М.Ф. Влагилищные роды - как метод родоразрешения беременных с рубцом на матке // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». — М., 2005. — 62-63.
28. Дашкевич О.Ю., Анохова Л.И., Романова Т.С. Роды с рубцом на матке после кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. - 65-66.
29. Долгов Г.В., Атласов В.О. Модификация традиционного кесарева сечения - реальная возможность улучшения исходов родов для матери и новорожденного // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». - М., 2005. - 67.
30. Жаркин Н.А. Медико-социальные и этические проблемы операции кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. - 76-77.

31. Иванова О.Г., Шалина Р.И., Курцер М.А. и др. Кесарево сечение в анамнезе. Выбор метода родоразрешения // Акушерство и гинекология. - 2003.- №2.-С. 29-32.
32. Каган В.В., Брюхина Е.В. Антибактериальная терапия и кесарево сечение // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. — 82-83.
33. Капустина И.В., Николаева Н.И. Профилактика осложнений после кесарева сечения // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». -М., 2005.-92-93.
34. Касабулатов Н.М., Мешалкина И.В. Применение иммуноглобулина и виферона при эндометрите после кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. — 87-88.
35. Комиссарова Л.М., Токова З.З., Мекша Ю.В. Абдоминальное родоразрешение первобеременных женщин // Акушерство и гинекология. - 2006. - №2.-С. 18-21.
36. Костюченко А.А., Гуревич К.Я., Лыткин М.Н. Интенсивная терапия послеоперационных осложнений. - СПб.: СпецЛит, 2011. - 575 с.
37. Крамарский В.А., Дудакова В.Н., Мацакевич Л.И. Целесообразность полулунно-диагонального разреза нижнего сегмента матки при операции кесарева сечения при наличии крупного плода // Материалы III Российского форума «Мать и дитя». — М., 2012. — С. 84.
38. Крамарский В.А., Кулинич С.И., Дудакова В.Н., Мацакевич Л.И. Комплексная оценка репаративных процессов в области шва на матке после кесарева сечения // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2003. - № 1. С. 49-50.
39. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д. и др. Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой // Журнал акушерства и женских болезней. - 2003. — Т. 1Л1 №1. - С.20-25.
40. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. — М., 2005. - 160 с.

41. Кузьмина Т.Е. Оценка эффективности лечения осложнений беременности при наличии рубца на матке после кесарева сечения // Материалы III Российского форума «Мать и дитя». - М., 2007. — С. 88-89.

42. Кузьмина Т.Е. Комплексная оценка состояния плода и акушерская тактика беременных с рубцом на матке после кесарева сечения: Автореф. ... канд. мед.наук. - М., 2006. - 142 с.

43. Кузьмина Т.Е. Осложнения беременности и перинатальные исходы у женщин с рубцом на матке после КС // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». - М., 2003. - С.119-120.

44. Кузьмина Т.Е. Прогностическая ценность ультразвукового исследования и морфологическая картина состояния рубца на матке после операции кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. - 105-106.

45. Кузьминых Т.У., Поленов Н.И. Применение мифегина для подготовки к родам у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». - М., 2005. - С. 120121.

46. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Послеоперационные спайки (этиология, патогенез и профилактика). - М.: Медицина, 2008. — 1-528с.

47. Кулаков В.И., Чернуха Е.А. Дискуссионные вопросы кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. — 109.

48. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение М.: «Триада-Х», 2004. - 320 с.

49. Левашева И.И., Мареева Л.С. Проблемы кесарева сечения в современном акушерстве // Вестник Росс, ассоц. акушеров-гинекологов - 2005. №3. - С.23-30.

50. Логутова Л.С., Гаспарян Н.Д., Ахвледиани К.Н. Критерии диагностики состояния рубца на матке после кесарева сечения // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». - М., 2009. - С. 376-377.

51. Логутова Л.С. Критерии диагностики состояния рубца на матке после кесарева сечения // Российский вестник акушера-гинеколога . 2003. - №1. - С. 59-63.

52. Магилевская Е.В. Клиническое значение рецепторов половых гормонов для течения и исхода родов у беременных с рубцом на матке: Дис. ... канд. мед. наук. -М., 2002. - 126 с.

53. Нарзулаева Е.Н., Кадырова Ф.К., Талбова Н.С. Эффективность интраоперационной антибиотикопрофилактики при кесаревом сечении // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». — М., 2005. - С. 166.

54. Нарзулаева Е.Н., Мурадова З.Ф. Кесарево сечение в анамнезе как основная причина разрыва матки // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». -М., 2005. - С. 164-165.

55. Николаева Е.И., Кочиева С.К., Погорелова А.Б. Репродуктивное поведение женщин после кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. - С. 625-626.

56. Носкова В.А., Кубасова Л.А., Елгина С.И., Высево Н.М. Кесарево сечение как отражение перинатальных задач // IV Российский форум «Мать и дитя»: тез.докл. - М., 2002. - С. 438-439.

57. Пекарев О.Г., Поздняков И.М., Стариков Н.В. Альтернативный подход к ведению беременных и рожениц с рубцом на матке после операции КС с последующим самопроизвольным родоразрешением // Материалы V Российского форума «Мать и дитя». — М., 2003. - С.167-168.

58. Пекарев О.Г., Стариков Н.В., Поздняков И.М. Оценка состоятельности рубца на матке после кесарева сечения для решения вопроса о родоразрешении через естественные родовые пути // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. - С. 155-156.

59. Пестрикова Т.Ю., Федорова В.В., Пинегина Е.В. и др. Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение современной молодежи. Гедон-Рихтер в СНГ. Научно-информационный журнал. №3. 2002. - С. 1618.

60. Побединский Н.М., Ананьев В.А. Отдаленные результаты после кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004.-С. 161-162.

61. Погорелова А.Б., Николаева Е.И., Волгина В.Ф. Критерии качества медицинской помощи при родоразрешении путем операции кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». — М., 2004. - С. 630-632.

62. Поздняков И.М., Пекарев О.Г., Стариков Н.В. Некоторые итоги родоразрешения пациенток с рубцом на матке после операции кесарева сечения // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». - М., 2005. — С. 206.

63. Поленов Н.И., Кузьминых Т.У. Структура показаний для операции кесарева сечения у женщин с рубцом на матке // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». — М., 2005. — С. 206-207.

64. Прилепская В.Н., Косарева Е.А. Репродуктивное поведение женщин: современные тенденции (обзор литературы) // Контрацепция и здоровье женщины. — 2009. - № 2. — С. 18-25.

65. Радзинский В.Е., Духина А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. — М., Издательство РУДН, 2004. - 174 с.

66. Рыжкина М.В., Ляшенко М.А. Профилактика гнойно- септических осложнений после операции кесарева сечения // Материалы III Российского форума «Мать и дитя». -М., 2001. - С. 170-171.

67. Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. Акушерство. — М.: Медицина, 2008. - 816 с.

68. Савельева Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А. и соавт. Интранатальная охрана здоровья плода. Достижения и перспективы // Акуш. и гин.- 2005.-№3.-С.3-7.

69. Самчук П.М., Протопопова Н.В., Шарифулин М.А. Клинико-лабораторные критерии выбора лечебной тактики при несостоятельности шва на матке в раннем послеоперационном периоде // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. -2001-2002. - Т.1. - №1. - С.83.

70. Сенчакова Т.Н. Отсроченные осложнения кесарева сечения (клиника, диагностика, тактика ведения и профилактика): Автореф. дис. ... канд. мед.наук. - М., 2007.-24 с.

71. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. - М., Медиздат, 2003. - 704 с.

72. Скворцова М.Ю., Стрижаков А.Н. Обоснование режимов антибактериальной профилактики инфекций мочевых путей у родильниц группы высокого риска на этапах абдоминального родоразрешения // Материалы III Российского форума «Мать и дитя». - М., 2001. - С. 198-199.

73. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. М.: Медицина, 2003.301 — 304 с.

74. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Рыбин М.В. Выбор оптимального метода родоразрешения в снижении перинатальных потерь. // Акушерство и гинекология . - 2003. - № 5. - С. 12-17.

75. Стрижаков А.Н., Кузьмина Т.Е. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2006, Т.1. - №2. — С 40-46.

76. Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Рыбин М.В., Тимохина Т.Ф. Разрыв матки во время беременности после лапароскопической миомэктомии. // Акушерство и гинекология - 2003, - №3. — С. 60-61.

77. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Кузьмина Т.Е. Беременность и роды после операции кесарева сечения М.: МИА , 2003. 62с.

78. Узакова У.Д., Мирсабурова Р.Т., Сарыева М.С. Возможности вагинальных родов у женщин с рубцом на матке // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». — М., 2005. - С. 263-264.

79. Усанова В.Д. К вопросу об естественном родоразрешении беременных с рубцом на матке после кесарева сечения // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя». - М., 2005. - С. 263-264.

80. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Королева Л.П. Кесарево сечение в современном акушерстве // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя».- М., 2004.-С. 651.

81. Хамадьянов У.Р., Иваха В.И., Утяшева Р.А. и др. Факторы формирования неполноценного рубца на матке. Принципы предгравидарной подготовки, ведение беременности и родоразрешения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». - М., 2004. - С. 239-240.

82. Хачкурузов С.Г. УЗИ в гинекологии. - СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2003. - С. 126.

83. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М., Триада-Х, 2003. - 533 с.

84. Чернуха Е.А. Нормальный и патологический послеродовой период. М.: «ГЭОТАР - Медиа», 2006. - 271с.

85. Чернуха Е.А., Ананьев В.А. Возможные осложнения, трудности и ошибки при выполнении кесарева сечения // Акушерство и гинекология. - 2003. -№1.- С. 43-47.

86. Чернуха Е.А., Коммисарова Л.М., Байбарина Е.Н. Течение послеоперационного периода и периода адаптации новорожденных в зависимости от вида обезболивания при операции кесарева сечения. // Акушерство и гинекология. - 2003. - №3. - С. 12-15.

87. Чернуха Е.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве? //Акуш. и гин.-2005.№5.-С.8-11.

88. Шалаев О.Н. Некоторые прогностические критерии возможности самопроизвольных родов у женщин после кесарева сечения: Автореф. дисс. .. канд. мед.наук. - М., 2004. - 26 с.

89. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. — М., «Триада - Х», 2003. - 816 с.

90. Шалина Р.И., Курцер М.А., Аминтаева Н.Г. Ведение беременности и родов у пациенток с миомой матки и рубцом на матке после миомэктомии // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2004. - Т. 3. №2. - С.20-25.



91. Aboufalah A., Abbassi H., El Karroumi M., et al. Delivery of large baby after cesarean section: role of trial of labor. Apropos of 355 cases // J Gynecol Obstet Biol Reprod [Paris]. - 2008. - №29 (4). - P. 409-13.

92. Ahmadi S., Noura M., Bibi M., et al. Uterine rupture of the unscarred uterus. About 28 cases // Gynecol Obstet Fertil. - 2003. - №31 (9). - P. 713-717.

93. Aleem F., Predanic M., Calame R. et al. Transvaginal color and pulsed doppler sonography of the endometrium a possible role in reducing the number of dilatation and curretage procedures // J. Ultrasound. Med. -2005. - V. 14. - № 2. - P.139-145.

94. Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ. Detection of caesarean scar by transvaginal ultrasound // Obstet Gynecol. 2003. Jan;101 (1):61-5.

95. Asian H., Unlu E., Agar M., Ceylan Y. Uterine rupture associated with misoprostol labor induction in women with previous cesarean delivery // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. - 2004. - №113 (1). - P. 45-48.

96. Asakura H., Oda T., Tsunoda Y., et al. A case report: change in fetal heart rate pattern on spontaneous uterine rupture at 35 weeks gestation after laparoscopically assisted myomectomy // J Nippon Med Sen.- 2004. - №71 (1). - P. 69-72.

97. Ayoubi J.M., Fanchin R., Meddoun M. et ai. Concervative tratment of complicated cesarean scar pregnancy // Acta Obstet. Gynecol. Scand - 2001. - №77. - P. 469 - 470.

98. Barrett G., Pendry T, Peacock J. et al. Women's sexual health after childbirth // Obstetric and Gynecology. - 2000. - №107. - P. 186.

99. Ben AN, Sadfi A, Gara F. Advantages and risk of a trial of vaginal delivery in the scarred uterus //Tunis Med. 2003 Aug;81(8):563-6.

100. BieberE.J. LofterF.D. Gynecologic Resectoscopy- N.Y. Phoenix, "Blackwell Science", 2005. - P. 1-8.

101. Bowes, Watson A. J. Risk Factors at Caesarean Section and Failure of Subsequent Trial of Labour // Obstet. Gynecol. Surv. - 2002. - №57. - P. 422-

102. Bowes, Watson A. J. Risk of Uterine Rupture During Labor Among Women With a Prior Cesarean Delivery // *Obstet. Gynecol. Surv.* - 2001. - №56 (11).-P. 679-681.
103. Broadhead T. J., James D. K. Worldwide utilization of Cesarean section // *Fetal Maternal Med Rev.*-2005. - №7. - P. 99-108.
104. Bujold E., Bujold C., Hamilton E.F., et al. The impact of a single- layer or double-layer closure on uterine rupture // *Obstetric and Gynecology.* - 2002.- №186(6).-P.1326-1330.
105. Buhimschi CS, Wang H. et al. The effect of dystocia and previous casarean uterine scar on the tensile properties of the lower uterine segment // *Am J Obstet Gynaecol.* 2006 Mar;194(3):873-83.
106. Bulger T., Howden-Chupman P., Stone P. A cut above: the rising Caesarean section rate in New Zealand // *N. Z. Med. J.* - 2008. - №13 (1059). - P. 30-33.
107. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Yu C, Wang H, Sharer DJ, Diamond MP, Petkova AP, Garfield RE, Saade GR, Weiner CP. The effect of dystocia and previous cesarean uterine scar on the tensile properties of the lower uterine segment // *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Mar;194(3):873-83.
108. Cadet J.J. Occult uterine rupture; role of ultrasonography // *J Natl Med Assoc.* - 2006. - № 90 (6). - P.374-376.
109. Catanzarite V.A., Mehaiek K.E., Wachtel T. Westbrook C. Sonographic diagnosis of traumatic and later recurrent uterine rupture // *Am J Perinatal.* - 2006. - № 13 (3). - P. 177-180.
110. Catiy F., Geusens E., Vanbeckevoort D., et al. Delivery related rupture of the gravid uterus: imaging findings // *Abdom Imaging.* - 2004. - №29 (1). -P.120-122.
111. Chandhiok N., Kambo I., Dhillon B.S. et al. Rising cesarean delivery rates at tertiary level hospitals in India: A cause for concern // *Internal. J. Obstetrics and Gynecology.* - 2003. - №.8. - P.63.

112. Chapman S.J., Owen J. Hauth J.C. One- versus two-layer closure of a low transverse Cesarean: the next pregnancy // *Obstetrics and Gynecology*. — 2007. - №89.- P. 16-18.

113. Chilaka V.N., Cole M.Y. Habayeb OX, Konje J.C. Risk of uterine rupture following induction of labour in women with a previous caesarean section in a large UK teaching hospital // *J Obstet Gynaecol*. - 2004. - №24 (3). - P. 264-265.

114. Chou MM, Hwang JI. // Caesarean scar pregnancy: quantitative assessment of uterine neovascularization with 3-dimensional color power Doppler imaging and successful treatment with uterine artery embolization // *AM J Obstet Gynaecol*. 2004 Mar; 190 (3):866-8.

115. Cisse C.T., Dotou C.R., Kpekpede F., Diadhiou F. Spontaneous and complete uterine rupture on a scarred gravid uterus // *Contracept Fertil Sex*. - 2009. - №26 (12). - P. 876-880.

116. Cunningham F.G., Mac Donald P.C., Gant N.F. Cesarean Delivery and Cesarean Hysterectomy // *Williams Obstetrics*. -2012. №1. - P. 537-567.

117. Dannecker C., Hubener C., Toth B., et al. Asymptomatic uterine rupture after two spontaneous vaginal deliveries following prior cesarean section // *Gynakol Geburtshilfliche Rundsch*. - 2003. - № 43 (4). - P. 245-249.

118. DeRoux S.J., Prendergast N.C., Adsay N.V. Spontaneous rupture with fatal hemo-peritoneum due to placenta accrete percreta: a case report and review of the literature // *Int J Gynecol Pathol*. - 2009. - № 18 (1). - P. 82-86.

119. Ducarme G., Maitrot F., Robinet G., Gabriel R. Uterine rupture following hysteroscopic surgery. A case report // *Gynecol Obstet Fertil*. - 2004. - № 32 (2).-P. 140-142.

120. Edi-Osagie E.C.O., Hopkins R.E., Ogbo V et at. Uterine exteriorisation at caesarean section: influence on maternal morbidity // *British Journal of Obstetris and Gynaecology*. - 2003. - №5. - P. 1070-1078.

121. Erickson S.S., Van Voorhis B. Intermenstrual bleedins secondary to caesarean scar diverticuli: Report of three cases. // *Obstet. Gynecol*. - 2009. - № 93. - P.802 - 805.

122. ErmanAkarM., SaygiliYilmazE., YukselB., YilmazZ. Emergencyperipartumhysterectomy // EurJObstetGynecolReprodBiol. - 2004. - №113 (2). — P.178-181.
123. Farine D. What is the optimal c/s rate? 2<sup>nd</sup> World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology and Infertility, Paris, France, September 6-9, 2001.
124. Fisher J, Astbury J., Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective, longitudinal study // Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. - 2007. - № 31. — P. 728—738.
125. Flamm B.L, Quiligan F.J. Cesarean section. Springier-Verlag // New York, 2005.
126. Flamm B.L. Vaginal birth after caesarean // Best Practice a. Resarch Clin Obstet.Gynecol. - 2001. - Vol.15. - № 1. - P.81-92.
127. Gabriele A., Zanetta G., Pasta F., Colombo M. Uterine rupture after hysteroscopic metroplasty and labor induction. A case report. // J Reprod Med 2009. - № 44 (7). - P. 642-644.
128. Gnerman R.B., Lockrow E.G., Flemming D.J., Satin A.J. Conservative management of spontaneous uterine perforation associated with placenta accreta: a case report // J Reprod Med 2004. - № 49 (3). - P. 210-213.
129. Golfler F. Operative technique for cesarean section // J. Gynecol. Obstet. Bid. Reprod. - 2000. - №29 (2). - P.86-95.
130. Gomes LI.A., Silva A.A., Bettiol H., Barbieri M.A. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994 // Int. J. Epidemiol. - 2002. - №28 (4). - P.687-694.
131. Gotoh H., Masuzaki H., Yoshida A., et al. Predicting incomplete uterine rupture with vaginal sonography during the late second trimester in women with prior cesarean // Obstet Gynec 2000. - № 95 (4). - P. 596-600.
132. Gregory K.D., Korst L.M., Cane P., et al. Vaginal birth after cesarean and uterine rupture rates in California // Obstet Gynecol 2005. - № 94 (6). - P. 985.

133. Guise J.M., Mc Donagh M.S., Osterweil P., et al. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section // *BMJ* 2004. - № 329 (7456). - P. 19-25.

134. Guihard P., Blondel B. Trends in risk factors for caesarean sections in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future // *Brit. J. Obstet.Gynecol.* - 2001. - №108 (1). - P.48-55.

135. Hayashi M., Mori Y., Nogami K., et al. A hypothesis to explain the occurrence of inner myometrial laceration causing massive postpartum hemorrhage // *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000. - № 79 (2). - P. 99-106.

136. Hayakawa H, Itakura A et al. Methods for myometrium closure and other factors impacting effects on cesarean section scars of the uterine segment detected by the ultrasonography // *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006: 85(4):429- 34.

137. Hassan A. Trial of scar and vaginal birth after cesarean section // *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2005 Jan-Mar; 17(1 ):57-61.

138. Hillan E. M. Caesarean section versus vaginal delivery: a comparison of outcomes // *Journal of Psychosomatic Obstetrics and. Gynaecology*// - 2002: 10.-P. 144.

139. Holloway G.A., Watkins D.W. Laser-Doppler measurement of cutaneous blood flow. // *J. Invest. Derm.* - 2007. №69. - P. 306-309.

140. Howarth E.S., Byrom J., Elias-Jones A., Reader S.J. Elective Caesarean section and iatrogenic prematurity. // *Prcnat. Neonatal. Med.* - 2008. - №3. - P. 26.

141. ImseisH.M., MurtaA.P., Alexander K.A., Barnett B.D. Spontaneous rupture of a primi-gravid uterus secondary to placenta percreta. A case report // *Reprod Med.* 2008. - № 48 (3). - P. 233-236.

142. Inovay J., Marton T.,Urbancsek J., et al. Spontaneous bilateral cornual uterine denis-cence early in the second trimester after bilateral laparoscopic salpingectomy and in-vitro fertilization: case report // *Hum Reprod.* 2002. - № 14 (10). P. 2471 -2473.

143. Ishii S., Endo M. Blunt-edged, notched scalpel for Cesarean incision // *Obstetrics and. Gynaecology* - 2007. - № 94. - P. 469-470.

144. Jolly J., Walker .T.,Bhabra K. Subsequent obstetric performance related to primary mode of delivery // Br. J. Obstet. Gynaecol. - 2004. - №106 (3). - P.227.
145. Kafkasli A, Franklin RR, Sauls D. Endometriosis in the uterine wall cesarean section scar // Gynecol Obstet Invest. 2006;42(3):211-3.
146. Kapoor D.S., Sharma S.D., Alfirevic Z. Management of unscarred ruptured uterus // J Perinat Med. 2003. - № 31 (4). - P. 337-339.
147. Karkal, Malini: Reproductive Health and Women: A Review of Literature // Radical Journal &Health. 2006. - №2 (1). - P. 54-67.
148. Kasprowicz M., Olbrys T. Spontaneous rupture of the pregnant uterus in a primipara as an unusual complication of previous salpingectomy // Ginekol Pol. - 1996.-№67 (10).-P. 520-521.
149. Keane D.P. Cesarean Section. In book Management Labor and Delivery// Blackwell Science. - 1997. - P. 438-458.
150. Khan S., Parveen Z., Begum S., Alam I. Uterine rupture: a review of 34 cases at Ayub Teaching Hospital Abbottabad // J Ayub Med Coil Abbottabad. - 2003. №15 (4). - P. 50-52.
151. Klemm P, Koehler C. et al. Laparoscopic and vaginal repair of uterine scar dehiscence following cesarean section as detected by ultrasound // J Perinat Med.2005;33 (4):324-31.
152. Kore S., Pandole A., Akolekar R., et al. Rupture of left horn of bicornuate uterus at twenty weeks of gestation // J Postgrad Med 2000. - №46 (1). -P. 39-40.
153. Korejo R., Jafarey S.N. Obstetrics hysterectomy—five years experience at Jinnah Postgraduate Medical Centre, Karachi // J Pak Med Assoc 2005. -№45 (4).-P. 86-88.
154. Koroukian S.M., Rimm A.A. Declining trends in cesarean deliveries, Ohio 1989-1996: an analysis by indications // Birth - 2000. - №27 (1). - P.12-18.

155. Kumar M., Johanson R., Rigby C., Jones P.W. Improving the standards of care for women having caesarean sections // *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. - 2000. - № 20. - P. 584-588.
156. Liang H.S., Jeng C.J., Sheen T.E., et al. First-trimester uterine rupture from a placenta percreta // *J Reprod Med*. - 2003. - №48 (6). - P. 474-478.
157. Lieberman E. Risk faktors for uterine rupture during a trial of labor after cesarean // *Clin. Obstet. Gynecol*. - 2001. - №.44 (3). - P. 609-621.
158. Lieng M., Istre O., Langebrekke A. Uterine rupture after laparoscopic myomectomy // *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2004. - №11 (1). — P. 92-93.
159. Lin C., Ray nor B.D. Risk of uterine rupture in labor induction of patients with prior cesarean section: an inner city hospital experience // *Am J Obstet Gynecol*.- 2004. - №190 (5). - P. 1476-1478.
160. Maria NE, Mishra N, Mubarek M. Silent dehiscence of a cesarean section scar with placenta praevia accreta // *J Obstet Gynaecol*. 2003 Jan;23(1):77.
161. Mathews J.E., Mathai M., George A. Uterine rupture in a multiparous woman during labor induction with oral misoprostol // *Int J Gynaecol Obstet* - 2000. - №68(1).-P. 43-44.
162. Nagy P.S. Spontaneous rupture of the uterus caused by placenta percreta at 28 weeks of twin pregnancy // *Eur. J Obstet Gynecol Reprod Biol*. - 2003. - №111 (2). - P. 207-209.
163. Ogunnowo T., Olayemi O., Aimakhu C.O. Uterine rupture: UCH, Ibadan experieira West Afr // *J Med*. - 2003. - №22 (3). - P. 236-239.
164. Okogbenin S.A., Gharoro E.P., Otoide V.O., Okonta P.I. Obstetric hysterectomy: fiftea years' experience in a Nigerian tertiaiy center // *J Obstet Gynaecol*. - 2003. - №23 (4). - P. 356-359.
165. Oyelese Y., Tchabo J.G., Chapin B., et al. Conservative management of uterine rupture diagnosed prenatally on the basis of sonography // *J Ultrasound Med*. - 2003. - №22 (9). - P. 977-980.
166. Pozowski J, Poreba R, Buchacz P. Pregnancy and labor after uterina operations // *Gynecol Pol*. 2003 Feb;74(2):98-101.

167. Ranzini A.C., White M., Guzman E.R., Scorza W.E. Prenatal sonographic diagnosis of uterine rupture following open fetal surgery // *Obstet Gynecol.* - 2009. - № 93 (5). - P. 826-827.

168. Rao RS, Shankaregowda H.S. A case of herniated gravid uterus through a laparotomy scar // *Indian J Med Sci.* 2006 Apr; 60(4): 154-7.

169. Regnard C, Nosbusch M, Fellemans C, Benali N, van Rysselberghe M, Barlow P, Rozenberg S. Cesarean section scar evaluation by saline contrast sonohysterography. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004 Mar;23(3):289-92.

170. Ridgeway J .J., Weyrich D.L, Benedetti T.J. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture // *Obstet Gynecol.* - 2004. - №103(3).- P. 506-512.

171. Rozenberg P., Goffinet F., Philippe H.J., Nisand I. Thickness of the lower uterine segment: its influence in the management of patients with previous cesarean sections // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* - 2009. - №87 (1). - P. 39.

172. Sambaziotis H, Conway C. et al. Second-trimester sonographic comparison of the lower uterine segment in pregnant women with and without a previous cesarean delivery // *J Ultrasound Med.* 2004 Jul;23(7)907-11; quiz 913-4.

173. Sciscione A.C., Nguyen L., Manley J.S., et al. Uterine rupture during preinduction cervical ripening with misoprostol in a patient with a previous Caesarean delivery // *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* - 2008. - №38 (1). - P. 96-97.

174. Scott J.R. Avoiding labor problems during vaginal birth after cesarean delivery // *Clin. Obstet. Gynecol.*- 2007. - №40. - P. 533-541.

175. Sepou A., Nguembi E., Yanza M.C., et al. Uterine scars and subsequent vaginal birth: follow-up of 73 parturients in the Central Maternity Hospital of Bangui [Central Africa? Republic] // *Sante.* - 2003. - №13 (4). - P. 231-233.

176. Sherer D.M., Abulafla O., Anyaegbunam A.M. Infra- and early postpartum ultra-sonography: a review. Part II // *Obstet Gynecol Surv.* - 2008. - № 53 (3).-P. 181-190.

177. Silberstein T., Wiznitzer A., Katz M., et al. Routine revision of uterine scar after cesarean section: has it ever been necessary? // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* - 2003. - № 78 (1). - P. 29-32.