

Прохорова О.В., Обоскалова Т.А., Тихолаз К.Г., Витебская Л.А.

## Сравнительный анализ исходов вагинальных родов у пациенток с рубцом на матке

ФБГОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Екатеринбург

Prokhorova O.V., Oboskalova T.A., Tikholaz K.G., Vitebskaya L.A.

### Comparative analysis of outcomes of vaginal delivery in patients with uterine scar

#### Резюме

Был проведен сравнительный анализ акушерских и перинатальных исходов при вагинальном родоразрешении у женщин с рубцом на матке. Было выявлено, что основными показаниями к ургентному абдоминальному родоразрешению у пациенток с рубцом на матке явились: несостоятельность рубца на матке, первичная слабость родовой деятельности и клинически узкий таз. Новорожденные от матерей с рубцом на матке, родоразрешенных естественным путём, имели более благоприятные показатели состояния здоровья (ранняя выписка домой, достоверно меньшая потребность в дальнейшем выхаживании и наблюдении в условиях отделения патологии новорожденных).

**Ключевые слова:** рубец на матке, кесарево сечение, вагинальное родоразрешение

#### Summary

A comparative analysis of obstetric and perinatal outcomes of vaginal delivery in women with a scar on the uterus was performed. The main indications for urgent abdominal delivery in patients with a scar on the uterus were: the inconsistency of the scar on the uterus, the primary weakness of labor and the clinically narrow pelvis. Newborns from mothers with a scar on the uterus, which were naturally delivered, had more favorable health indicators (early discharge home, significantly less need for further nursing and supervision in the separation of neonatal pathology).

**Key words:** scar on uterus, caesarean section, vaginal delivery

#### Введение

«Когда-то кесарево, всегда кесарево». С 1916 года, когда эти слова впервые были произнесены на заседании Нью-йоркской ассоциации акушеров и гинекологов, это заявление отражало клиническое мнение относительно родоразрешения женщин с рубцом на матке большей части акушеров в течении последующих 60 лет. Увеличение частоты абдоминального родоразрешения до 10–12% в 80-е годы 20 столетия, отмеченное во всем мире, привело к серьезному уменьшению показателей перинатальных потерь при тазовых предлежаниях плода, макросомии, у возрастных первородящих. В последующем мировое акушерское сообщество отметило, что дальнейшее увеличение частоты этой операции не оказало значимого влияния на перинатальные показатели, при этом сопровождалось ростом показателей материнской заболеваемости и смертности [1,2].

Неуклонное увеличение удельного веса кесарева сечения (КС) было связано с расширившимися в последние годы показаниями к операции, среди которых

приоритетными остаются сочетанные относительные показания в интересах матери и плода. Высокий уровень оперативной активности в современном акушерстве закономерно привел к увеличению числа женщин репродуктивного возраста с синдромом оперированной матки. Ведение последующих беременностей и родов у данного контингента пациенток представляет серьезную проблему [3,4].

Выбор оптимального метода родоразрешения у данной категории беременных на протяжении целого ряда лет оставался предметом самых живых дискуссий и обсуждений. В марте 2010 года эксперты Национального института здравоохранения США в ходе анализа и обсуждения консолидированного научного материала по проблеме вагинальных родов при рубце на матке пришли к следующему выводу: «Учитывая имеющиеся данные, роды через естественные родовые пути (ЕРП) являются разумным вариантом для многих беременных женщин с одним предыдущим кесаревым сечением и низким поперечным расположением рубца на матке» [5].

Сегодня роды через естественные родовые пути после кесарева сечения стали принятой клинической практикой в целом ряде стран, при этом частота успешного вагинального родоразрешения значительно возросла. В 2013 году показатель успешных влагалищных родов при наличии рубца на матке среди женщин в Соединенных Штатах после одного предыдущего кесарева сечения составлял 70,4% и 51,4% процента для лиц с двумя или более предшествующими абдоминальными родами [6-10].

Решение рожать самостоятельно является индивидуальным и основывается тщательном дородовом, а в ряде случаев и прекоцепционном консультировании. Залогом благоприятных акушерских и перинатальных исходов естественных родов (ЕР) у этих женщин является тщательный анализ факторов риска формирования несостоятельности рубца на матке, а также наличия абсолютных и относительных показаний к вагинальным родам после предыдущего кесарева сечения. В настоящее время при отсутствии противопоказаний к родам через ЕРП пациентки с рубцом на матке после операции КС при развитии спонтанной родовой деятельности могут быть родоразрешены вагинальным путем. Известно, что предикторами успешных вагинальных родов в данном случае являются наличие зрелой шейки матки, родов через ЕРП в анамнезе, спонтанное начало родовой деятельности [11].

Предварительное осуждение с пациенткой, имеющей рубец на матке, способа предстоящего родоразрешения, подробное разъяснение ей преимуществ и вероятных рисков с учетом ее дальнейших репродуктивных планов, не только позволит ей сделать самостоятельный и осознанный выбор метода родоразрешения, но и благотворно скажется на ее психоэмоциональном статусе и будет способствовать формированию оптимального типа родовой доминанты [12].

**Цель исследования:** выявление некоторых клинико-психологических параллелей вагинального родоразрешения у женщин с рубцом на матке.

## Материалы и методы

На базе ГБУЗ СО ОДКБ №1 г. Екатеринбурга в период с августа 2017 года по февраль 2018 года было проведено проспективное одномоментное кроссекционное исследование. Под наблюдением были 80 женщин с доношенным сроком гестации. Основную группу составили 40 пациенток, родоразрешение которых завершилось через естественные родовые пути. Контрольная группа включала 40 пациенток с изначальным стартом ведения родов через ЕРП, родоразрешенных в итоге путем операции КС.

Критериями включения в исследование являлись: наличие одного рубца на матке от предшествующей операции кесарева сечения, настоящая одноплодная беременность при головном предлежании плода, отсутствие показаний для абдоминального родоразрешения, начало родовой деятельности через ЕРП. Критерии исключения были: травмы и аномалии костного таза, тяжелая соматическая патология, многоплодная беременность, пред-

полагаемая макросомия плода, прогрессирующая плацентарная недостаточность, неправильные положения и предлежание плода, атипичное расположение рубца на матке, наличие двух и более рубцов на матке, категорический отказ пациентки от естественных родов.

Было проведено комплексное обследование пациенток, включавшее объективные общеклинические и специальные акушерские методы обследования. Также был осуществлен тщательный анализ медицинской документации (обменно-уведомительные карты беременных, истории родов, медицинские карты новорожденных).

Математическая обработка результатов исследования включала использование пакет программ Microsoft Word, Excel, для непараметрических данных был применен критерий Фишера (уровень значимости полученных показателей был выбран как  $p < 0,05$ ).

## Результаты и обсуждение

Медиана возраста в первой группе составила 27 лет, во второй - 34 года ( $p < 0,05$ ), то есть пациентки с ЕР оказались достоверно моложе пациенток с абдоминальными родами (АР). Среднее значение срока беременности на момент начала родовой деятельности у пациенток с ЕР было 39,4 недель; у пациенток с АР - 40,6 недель.

Ведущим показанием к АР в предыдущую беременность у пациенток 2 группы была первичная слабость родовой деятельности (45%), среди пациенток 1 группы - 20%,  $p < 0,05$ . Острая гипоксия плода достоверно чаще явилась показанием к ургентному КС среди пациенток 1 группы (22,5% и 7,5% соответственно). Осложненное течение экстрагенитальной патологии (ЭГП) в 4 раза чаще послужило причиной для АР у пациенток 1 группы (10% и 2,5% соответственно); клинически узкий таз также повлиял на исход родов у пациенток первой группы, встречаясь у них достоверно чаще (10% и 2,5% соответственно). У 25% пациенток 1 группы КС было проведено в связи с тазовым предлежанием плода, аналогичный показатель у пациенток 2 группы равен 10,5%,  $p < 0,05$ . Тяжелая преэклампсия как показание для экстренного АР была отмечена у 15% пациенток в каждой группе (рисунок 1.).

При оценке соматического статуса пациенток исследуемых групп были определены следующие закономерности. На фоне прочей экстрагенитальной патологии у пациенток 2 группы достоверно чаще встречались: ожирение (27,5%), артериальная гипертензия (12,5%), варикозное расширение вен нижних конечностей (22,5%),  $p < 0,05$ . Никотинозависимость отягощала соматический анамнез у 45% исследуемых 2 группы, в то время как среди пациенток 1 группы аналогичный показатель составлял 12,5%,  $p < 0,05$ . По показателям, характеризующим частоту распространенности таких нозологий как хронический пиелонефрит, бронхиальная астма, аутоиммунный тиреоидит статистически значимых различий получено не было - данные патологии встречались со сравнительно одинаковой частотой среди пациенток обеих групп исследования. Обращает на себя внимание больший удельный вес генетических тромбофилий у па-

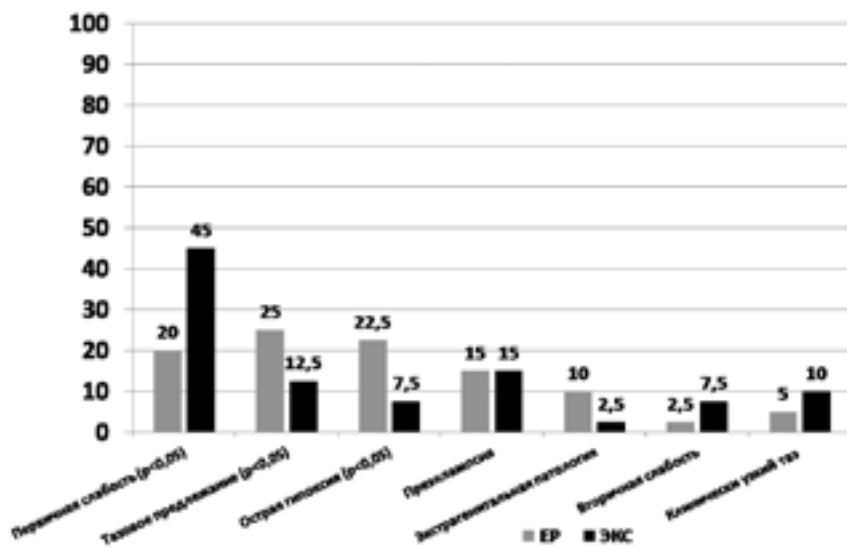


Рисунок 1. Показания к абдоминальным родам у пациенток с рубцом на матке при предыдущей беременности

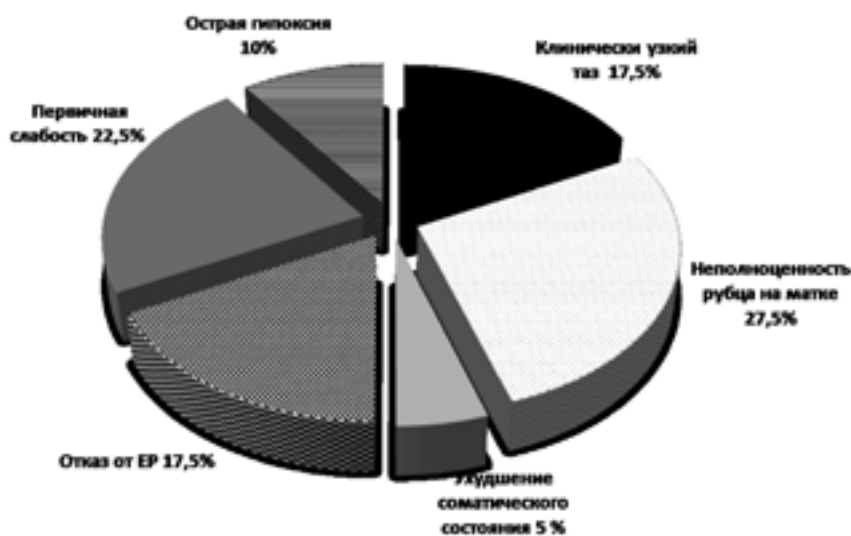


Рисунок 2. Показания к абдоминальным родам у пациенток с рубцом на матке при настоящей беременности

пациенток с AP (10%) против 2,5% у исследуемых 1 группы,  $p < 0,05$ .

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза явно демонстрируют его большую отягощенность у пациенток 2 группы. В частности, в группе исследования с AP достоверно чаще встречались лапароскопические вмешательства, связанные с гинекологической патологией (22,5%). Воспалительные заболевания органов малого таза встречались у 37,5% пациенток 2 группы, аналогичный показатель у пациенток 1 группы 17,5%,  $p < 0,05$ . Гипотоническое кровотечение и эндометрит осложнили течение послеродового периода у 35% и 32,5% родильниц 2 группы соответственно. Следует обратить внимание, что 57,5% исследуемых 2 группы искусственно прерывали беременность минимум 1 раз, в группе родоразрешившихся через ЕРП аналогичный показатель составляет 47,5%,  $p < 0,05$ . Необходимо отметить, что у 17,5% пациенток 1 группы преждевременные роды в анамнезе, что достоверно чаще в сравнении со 2 группой исследования (17,5% и 5% соответственно).

Достоверно чаще среди родильниц с AP встречались многоводие (17,5% vs 2,5%); плацентарная недоста-

точность (17,5% vs 5%); задержка развития плода (15,5% vs 2,5%). Клинические признаки угрозы прерывания беременности в разные ее сроки женщины, родоразрешившиеся самостоятельно, имели в четыре раза чаще, по сравнению с группой AP (22,5% vs 5%),  $p < 0,05$ .

Подробное изучение особенностей течения настоящей беременности в исследуемых группах определило наличие следующих тенденций: достоверно чаще во 2 группе исследования встречался гестационный сахарный диабет (22,5% vs 5%), умеренная преэклампсия (17,5% vs 7,5%). В 4 раза больше пациенток 2 группы имели диагноз холестатический гепатоз (10%);  $p < 0,05$ . Многоводие было выявлено у 17,5 пациенток с AP (аналогичный показатель среди пациенток с родоразрешением через ЕРП 2,5%,  $p < 0,05$ ). Плацентарная недостаточность осложнила течение беременности у 17,5% пациенток 2 группы, задержка роста плода была диагностирована у 15,5% пациенток этой группы, разница в обоих случаях достоверно значима. Клинические признаки угрозы прерывания на различных сроках гестации имели 22,5% пациенток группы ЕР, во 2 группе аналогичный показатель составлял 5%,  $p < 0,05$ . Наложение акушерского пессария потре-

бывалось 10% пациенток 1 группы и 2,5% пациенток 2 группы,  $p < 0,05$ .

В обеих группах пациенток оценка толщины рубца по данным УЗИ входила в диапазон регламентированных норм обследования, у каждой пациентки на момент начала родовой деятельности рубец был признан «состоятельным». При этом минимальная толщина рубца у пациенток группы ЕР была достоверно больше (3,2 мм и 2,8 мм соответственно). В 1 группе исследования на момент госпитализации у 67,5% беременных диагностирована «зрелая» шейка матки, у 32,5 - «созревающая», аналогичные показатели у пациенток 2 группы 55% и 45% соответственно,  $p < 0,05$ .

В ходе исследования были выявлены следующие особенности течения родового акта: достоверно чаще у пациенток, родоразрешившихся через ЕРП, было преждевременное излитие околоплодных вод (27,5% и 2,5% соответственно). У 37,5% пациенток 1 группы были быстрые роды, дискоординация родовой деятельности встретилась у 1 пациентки, родившей впоследствии самостоятельно. Первичная слабость родовой деятельности встречалась у 22,5 % пациенток с АР, аналогичный показатель среди пациенток 1 группы 5%,  $p < 0,05$ . Разница продолжительности первого периода родов в группах исследования оказалась статистически значимой – 5,4 часа в группе с вагинальными родами и 8,2 часа у пациенток с АР,  $p < 0,05$ .

Привлекает внимание низкий уровень акушерского травматизма среди пациенток, родивших самостоятельно: 17,5% этих женщин была проведена эпизиотомия, разрыв промежности 1 и 2 степеней в сумме составил 10%. Разрыв шейки матки 1 степени произошёл у 1 пациентки. Вакуум экстракция плода была осуществлена 5% пациенток 1 группы. Ручным обследованием полости матки завершился послеродовой период 12,5% пациенток, родоразрешившихся через ЕРП.

Важнейшим аспектом данного исследования явилось определение и ранжирование основных показаний к ургентному абдоминальному родоразрешению у пациенток 2 группы. Лидирующими показаниями явились (рисунок 2): первичная слабость родовой деятельности (22,5%), выявленная клинически в процессе родов несостоятельность рубца на матке (27,5%), несоответствие размеров таза матери и головки плода (клинически узкий таз) (17,5% пациенток). Одним из определяющих моментов в ходе исследования явился категорический отказ 17,5% пациенток от родоразрешения через ЕРП, в связи с чем был проведен пересмотр тактики ведения родового процесса.

Осложненное течение послеродового периода достоверно чаще имели пациентки после АР: 17,5% из них перенесли послеродовой эндометрит, в то время как в группе пациенток с родами через ЕРП данный показатель составлял 5%,  $p < 0,05$ . В ходе исследования была отмечена следующая тенденция – у каждой пятой пациентки 1 группы на 3 сутки послеродового периода в полости матки определялось патологическое содержимое («лохιοметр»), столько же пациенток перенесли вакуум-аспирацию полости матки. Распространенность анемии в по-

слеродовом периоде составила 72,5% в группе ЕР и 92% в группе с АР, ( $p < 0,05$ ), у пациенток 2 группы средний показатель содержания гемоглобина оказался ниже и составил  $92 \pm 4,1$  г/л.

Важным является сравнение перинатальных исходов среди двух групп исследования (рисунок 3). Большой вес детей достоверно чаще встречался у пациенток с АР (3540 г), у пациенток 1 группы аналогичный показатель составляет 3250 г. Ранняя выписка осуществилась у 95% детей пациенток 1 группы, тогда как во 2 группе вышеуказанный показатель составил 62,5%,  $p < 0,05$ . Несомненно обращает на себя внимание, что дети 32,5% пациенток с АР были направлены под наблюдение в отделение патологии новорожденных, в 1 группе на второй этап были переведены дети 5 % пациенток,  $p < 0,05$ .

## Выводы

1. Пациентки с рубцом на матке, родоразрешенные абдоминально, достоверно чаще имели никотинозависимость и ожирение различных степеней. Наличие в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза, инфекций, передающихся половым путем, послеродового эндометрита и искусственных абортов, а также высокий паритет достоверно чаще отягощали акушерский анамнез в группе пациенток с АР.

2. Основными показаниями к ургентному абдоминальному родоразрешению у пациенток с рубцом на матке явились: несостоятельность рубца на матке (27,5%); первичная слабость родовой деятельности (22,5%), клинически узкий таз (17,5%). Послеродовый период протекал с осложнениями достоверно чаще у пациенток из группы с АР.

3. Новорожденные от матерей с рубцом на матке, родоразрешенных естественным путём, имели более благоприятные показатели состояния здоровья (ранняя выписка домой, достоверно меньшая потребность в дальнейшем выхаживании и наблюдении в условиях отделения патологии новорожденных),  $p < 0,05$ .

4. Выбор метода родоразрешения у беременных с рубцом на матке должен быть строго индивидуализирован с учетом факторов, отягощающих соматический, акушерско-гинекологический анамнез, качественной оценки готовности организма к родам, полноценности рубца на матке.

5. Наличие факторов риска осложнений с большой вероятностью предопределяет абдоминальное родоразрешения, и, наоборот, отсутствие этих факторов позволит осуществлять родоразрешение пациенток с рубцом на матке через естественные родовые пути. ■

*О.В. Прохорова - к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии УГМУ, Т.А. Обоскалова – д.м.н., профессор, руководитель кафедры акушерства и гинекологии УГМУ, К.Г. Тихолаз – студентка 6 курса педиатрического факультета УГМУ, Л.А. Витебская - студентка 6 курса педиатрического факультета УГМУ, Автор, ответственный за переписку: Прохорова Ольга Валентиновна. Адрес: 620028, ул. Ретина, д.3, кафедра акушерства и гинекологии, т.сот. 89222979912, E-mail: prokhorova-ov@yandex.ru*

**Литература:**

1. Ana Pilar Betrán, Jianfeng Ye, Anne-Beth Moller. *The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014*. *PLoS One*. 2016; 11(2): e0148343.
2. Quinlan J.D., Murphy N.J. *Cesarean delivery: counseling issues and complication management*. *Am Fam Physician*. 2015 Feb 1;91(3):178-84.
3. Bermúdez-Tamayo C., Johri M., Chaillet N. *Budget impact of a program for safely reducing caesarean sections in Canada*. *Midwifery* 2018; 9,60 :20-26.
4. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У., Поленов И.Н и др. *Подготовка беременных с рубцом на матке к родоразрешению*. *Журнал акушерства и женских болезней* 2008; LVII: 1: 1-7.
5. Amin P., Zaher S., Penketh R. et al. *Falling caesarean section rate and improving intra-partum outcomes: a prospective cohort study*. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2018; 19:1-6.
6. Curtin SC, Gregory KD, Korst LM, Uddin SF. *Maternal Morbidity for Vaginal and Cesarean Deliveries, According to Previous Cesarean History: New Data From the Birth Certificate, 2013*. *Natl Vital Stat Rep*. 2015;64(4):1.
7. Тютюнник В.Л., Балушкина А.А. *Возможность родоразрешения через естественные родовые пути после операции кесарева сечения*. *Русский медицинский журнал* 2014;1: 8-11.
8. Micek M., Kosinska-Kaczynska K., Godek B. *Birth after a previous cesarean section - what is most important in making a decision?* *Neuro Endocrinol Lett* 2014; 35(8): 718-23.
9. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No 45. October 2015*.
10. Sabol B., Denman M.A., Guise J.M. *Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean*. *Clin Obstet Gynecol*. 2015 Jun;58(2):309-19.
11. *Vaginal Birth After Cesarean Delivery: Practice Bulletin No. 184. Obstet Gynecol* 2017; 130(5): 217.
12. Klein M.C. *Cesarean section on maternal request: a societal and professional failure and symptom of a much larger problem*. *Birth* 2012; 39(4): 305-10.