

АНАЛИЗ ИСХОДОВ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОВ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Печенкина Наталья Сергеевна

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

Хлыбова Светлана Вячеславовна

Доктор медицинских наук, ФГБОУ ВО Кировский
государственный медицинский университет
Минздрава России

ANALYSIS OF VAGINAL OUTCOMES IN WOMEN WITH A SCAR ON THE UTERUS

**N. Pechenkina
S. Khlybova**

Summary. The article presents a retrospective comparative analysis of 51 histories of vaginal birth (VR) in women with a scar on the uterus in 2018 without taking into account clinical guidelines and 49 stories of BP 2021, during which the clinical recommendations "Postoperative scar on the uterus requiring the provision of medical care to the mother during pregnancy, childbirth and the postpartum period" of 2021 were applied. Postoperative scar on the uterus requires the provision of medical care to the mother both during pregnancy and childbirth, and in the postpartum period. The analysis was carried out according to the following data of birth histories: parity of labor, maturity of the birth canal and the condition of the scar on the uterus according to ultrasound data before the onset of labor, the duration of labor, the frequency of manual monitoring of the uterine cavity after childbirth, the condition of the newborn.

Purpose of the study. BP with a scar on the uterus conducted in 2018 without taking into account clinical guidelines and with their introduction into obstetric practice in 2021 Postoperative scar on the uterus, requiring the provision of medical care to the mother and during pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Materials and methods of research. Research work was carried out on the basis of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Kirov State Medical University and the Kirov Regional State Budgetary Healthcare Institution Kirov Regional Clinical Perinatal Center (KOGBUZ KOKPC). A retrospective analysis of birth histories with a scar on the uterus through the natural birth canal was carried out in 2018 (group 1, n = 51, 0.8% of the total number of births) and 2021 (group 2, n = 49, 0.67% of the total number of births). The selected groups allow us to assess the effectiveness of the implementation of the clinical guidelines "Postoperative scar on the uterus requiring the provision of medical care to the mother during pregnancy, childbirth and the postpartum period", which came into force in 2021.

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

Аннотация. В статье представлен ретроспективный сравнительный анализ 51 истории влагалищных родов (ВР) у женщин с рубцом на матке в 2018 году без учета клинических рекомендаций и 49 историй ВР 2021 году, в ходе которых применялись клинические рекомендации «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде» от 2021 года. Послеоперационный рубец на матке требует предоставления медицинской помощи матери как во время беременности и родов, так и в послеродовом периоде. Анализ проводился по следующим данным историй родов: паритет родов, зрелость родовых путей и состояние рубца на матке по данным УЗИ до начала родовой деятельности, продолжительность родов, частота выполнения ручного контроля полости матки после родов, состояние новорожденного.

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

Введение

За 10 лет в России частота КС по сравнению с 2005 г. увеличилась более чем в 2 раза: в 2005 г. — 250,8 тыс. (17,9 на 100 родов), в 2016 г. — 516,1 тыс. (28,0 на 100 родов) [1]. В настоящее время частота кесарева сечения в РФ достигает 30%, Египте — 51,8%, Турции — 47,5%, Италии — 38,7%, Китае и США — 25%, Голландии — 15%. ВОЗ считает, что оптимальный процент кесарева сечения от общего количества родов составляет 15% [2,3].

С учетом роста частоты КС особую актуальность приобретает проблема ведения последующих беременностей и родов у женщин с рубцом на матке. Риск осложнений при запланированном КС у пациенток с рубцом на матке существенно превышает риск при удачной попытке ВР. Материнская смертность при попытке влагалищных родов (ВР) с рубцом на матке составляет 17/100 000 попыток ВР в сравнении с 44/100 000 при плановом КС. За счет ВР с рубцом на матке возможно уменьшить риск неонатальных респираторных заболеваний на 15–20% в сравнении с плановым КС [4,5,6,7]. При плановом КС увеличивается риск тромбоэмболических осложнений в 3,8 раз, разрыва матки при последующих беременностях — в 42 раза, абдоминальных болей — в 2 раза, травмы мочевого пузыря — в 36 раз. Нет достоверных различий в объеме кровотечения (> 1000 мл), диспареунии и детского церебрального паралича [8]. В Российской Федерации частота ВР у пациенток с рубцом на матке не превышает 1,5% [9]. Частота успешных ВР у женщин с рубцом на матке составляет от 50% до 85% по разным данным [10]. При этом важным является прогнозирование исхода родов с учетом критериев, представленных в клинических рекомендациях.

Цель исследования

ВР с рубцом на матке проведенные в 2018 без учета клинических рекомендаций и с их внедрением в акушерскую практику в 2021 гг. Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери и во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Материалы и методы исследования

Исследовательская работа выполнена на базе кафедры акушерства и гинекологии Кировского государственного медицинского университета и Кировского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кировский областной клинический перинатальный центр (КОГБУЗ КОКПЦ). Проведен ретроспективный анализ историй родов с рубцом на мат-

ке через естественные родовые пути в 2018 году (группа 1, n=51, 0,8% от общего количества родов) и 2021 году (группа 2, n=49, 0,67% от общего количества родов). Выбранные группы позволяют оценить эффективность внедрения клинических рекомендаций «Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде», вступивших в силу в 2021 году.

По данным ряда авторов [11,12], при выявлении ниши в зоне рубца более 6 мм и истончении миометрия менее 2,5 мм риск разрыва матки возрастает с 5,6% до 42,9%. Критичной для риска разрыва матки считается толщина миометрия 2,8 мм [11]. Благоприятный прогноз для родов с рубцом на матке возможен при толщине рубца ≥ 3 мм [12,13,14].

В группе 1 (2018 г.) из отделения патологии беременности (ОПБ) на роды поступили 45 пациенток из 51 (88,2%), которые на момент родов при доношенной беременности имели зрелую шейку матки (оценка по шкале Бишоп 8 баллов) и 6 женщин (9,8%) из дома в активную фазу I периода родов. Зрелая шейка матки на момент начала родов повышает вероятность успешных ВР [15].

В группе 2 из ОПБ на роды переведено 24 пациентки из 49 (49%) и 25 (51%) женщин поступило из дома в активную фазу I периода родов. Спонтанное развитие родовой деятельности повышает вероятность успешных ВР с рубцом на матке [15]. Оценка состояния рубца, локализация плаценты по данным УЗИ проводилась всем пациенткам обеих групп: в группе 1 — в сроке $38 \pm 0,1$ нед.; в группе 2 — в сроке $37,2 \pm 0,2$ нед.

В группе 1 и группе 2 выделены две подгруппы А и В в зависимости от толщины рубца на матке по данным УЗИ: подгруппа 1А и 2А соответственно — пациентки, у которых толщина рубца на матке перед родами составила от $3,5 \pm 0,11$ мм, подгруппа 1В и 2В — толщина рубца на матке перед родами средняя толщина диагностирована $2,9 \pm 0,12$ мм.

Результаты исследования и обсуждение

В соответствии с клиническими рекомендациями толщина нижнего сегмента матки, измеренная до начала родовой деятельности, не имеет принципиального значения и при отсутствии других признаков неполноценности рубца может не измеряться. При этом следует обращать внимание на неравномерное критическое истончение зоны рубца на матке с признаками деформации явлениями болезненности при надавливании

Таблица 1. Локализация плаценты (отношение к стенкам матки при УЗИ исследовании)

Локализация плаценты	Группа 1 (n=51)	Группа 2 (n=49)
Локализация плаценты по задней стенке матки	47,5% — 24*	71,5% — 35
Локализация плаценты в дне матки	21,5% — 11	22,4% — 11
Локализация плаценты в дне и по задней стенке матки	17,6% — 9*	6,1% — 3
Локализация плаценты в дне по боковым стенке матки	13,4% — 7	0

* $p \leq 0,05$ (различия статистически достоверны между группами 1 и 2)

Таблица 2. Статистический анализ групп 1 и 2

Показатель	Группа 1 (n=51)	Группа 2 (n=49)
Пациентки из г. Кирова	52,9% — 27*	73,5% — 36
Пациентки из области	47,1% — 24*	26,5% — 13
Поступили на роды из ОПБ КОГБУЗ КОКПЦ	88,2% — 45*	49% — 24
Поступили из дома	9,8% — 6*	51% — 25
Возраст до 25 лет	7,8% — 4	6,1% — 3
Возраст 26–30 лет	37,3% — 19*	22,4% — 11
Возраст старше 30 лет из них старше 40 лет	54,9% — 28 3,9% — 2	71,5% — 35 0
Средний вес пациенток перед родами	68±0,2 (ИМТ 27)	73±0,2 (ИМТ 28)

* $p \leq 0,05$ (различия статистически достоверны между группами 1 и 2)

Таблица 3. Акушерско-гинекологический анамнез в подгруппах в зависимости от толщины рубца на матке по данным УЗИ: А (3,5±0,11 мм) и В (2,9±0,12 мм)

Показатели	Группа 1		Группа 2	
	подгруппа А (n=26)	подгруппа В (n=25)	подгруппа А (n=38)	подгруппа В (n=11)
Аборт в анамнезе (1)	7,6% — 2	32,0% — 8*	5,2% — 2	18,2% — 2
Аборт в анамнезе (2 и более)	11,5% — 3	12,0% — 3	-	-
Неразвивающаяся беременность	11,5% — 3	12,0% — 3	2,6% — 1	18,2% — 2
Выкидыш	3,8% — 1	24,0% — 6*	5,2% — 2	18,2% — 2
2 е-роды (в анамнезе 1 КС)	88,4% — 23	40,0% — 10*	52,6% — 20**	27,2% — 3
3 е-роды (в анамнезе 1 роды через ЕРП и КС)	7,6% — 2*	44,0% — 11*	44,8% — 17**	36,4% — 3
4-и более роды (в анамнезе 2 родов через ЕРП и КС)	4,0% — 1	6,0% — 4	2,6% — 1	36,4% — 4

Здесь и далее

* $p \leq 0,05$ (различия статистически достоверны в группе 1 между подгруппами А и В)

** $p \leq 0,05$ (различия статистически достоверны в группе 2 между подгруппами А и В)

трансвагинальным ультразвуковым датчиком [15]. Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при расположении плаценты в области рубца на матке [15].

Таким образом, пациенткам с расположением плаценты по передней стенке в области рубца, было предложено кесарево сечение.

С началом регулярной родовой деятельности при поступлении в родовое отделение установка внутри-

венного катетера проведена в 88,2% (45) группы 1 и 100% (49) женщин группы 2. Непрерывной мониторинг состояния пациенток (АД, пульс, ЧДД, сознание, характер родовой деятельности) проводился в 100% случаев как в группе 1, так и в группе 2. В то время, как контроль состояния плода (непрерывная КТГ), у рожениц группы 1 выполнен в 47,5% (24 пациентки), а у рожениц группы 2 — в 100% случаев. Во всех случаях в группах 1 и 2 заполнялась в родах партограмма. Различия в частоте выполнения КТГ (47,5% в группе 1 про-

Таблица 4. Осложнения ВР с рубцом на матке в зависимости от толщины рубца на матке по данным УЗИ в подгруппах А (3,5±0,11 мм) и В (2,9±0,12 мм)

Показатели	Группа 1		Группа 2	
	подгруппа А (n=26)	подгруппа В (n=25)	подгруппа А (n=38)	подгруппа В (n=11)
Преждевременные роды (ПР)	4%– 1	16,0%– 4*	00%	18,2%– 2
Срочные роды	96,0%– 25	88,0%– 22	77,5%– 38	81,8%– 9**
Ручной контроль полости матки	4,0%– 1	60,0%– 1–5*	52,6%– 20	100%– 11**
Первичная слабость родовой деятельности	00	12,5%– 2*	00	54,5%– 6**
Вторичная слабость родовой деятельности	00	4,0%– 1	00	9,1%– 1

Таблица 5. Продолжительность I, II, III и безводного периода родов в зависимости от толщины рубца на матке по данным УЗИ: в подгруппах А (3,5±0,11 мм) и В (2,9±0,12 мм)

Показатели	Группа 1		Группа 2	
	подгруппа А (n=26)	подгруппа В (n=25)	подгруппа А (n=38)	подгруппа В (n=11)
Продолжительность Родов до 6 часов	92,3% — 24	48,0%– 12*	73,6% — 36**	18,2% — 2
Продолжительность родов более 6 часов	7,7% — 2	48,0% — 12*	4,0% — 2	18,4% — 9
Продолжительность потужного периода до 10 мин от 10 до 20 минут	100% — 26 0	36% — 9* 64,0% — 16*	65,3% — 32** 12,3% — 6	0 100,0% — 11
Период отделения последа до 10 минут До 20 минут	76,9% — 20 23,1% — 6	60,0% — 15 40,0%– 10	89,4% — 34** 10,6% — 4	18,2% — 2 81,8% — 9**
Безводный период от 4 до 6 часов	100,0% — 26	44,0% — 11*	73,6% — 28	18,2% — 2**
Безводный период от 6 до 8 часов	00	52,0% — 13*	26,4% — 10	81,8% — 9

тив 100% в группе 2) обусловлены внедрением в 2021 г. клинических рекомендаций.

Сбор акушерского анамнеза проводится с целью оценки вероятности успешных ВР с рубцом на матке [16,17,18].

К факторам, снижающим вероятность успешных ВР с рубцом на матке, относят ожирение у матери (индекс массы тела более 30 кг/м²) [15], такие пациентки группах 1 и 2 отсутствовали. Возраст матери > 40 лет снижает вероятность успешных ВР с рубцом на матке [15]. В нашем наблюдении пациентки старше 40 лет выявлены только в группе 1 (3,9%). В соответствии с требованиями клинического протокола в 2021 г. пациенткам старше 40 лет с рубцом на матке выполнялось плановое КС.

Не рекомендованы ВР с рубцом на матке при наличии более одного КС в анамнезе. К факторам, повыша-

ющим вероятность успешных ВР с рубцом на матке, относят: наличие в анамнезе влагилищных родов до или после проведенного КС [15].

При успешных ВР не рекомендовано рутинное послеродовое ручное обследование матки у пациенток с рубцом на матке при отсутствии симптомов разрыва матки [15]. Ручное обследование матки после родов проводится по следующим показаниям: кровотечение, абдоминальная боль, неясный коллапс у матери после родов, дефект плацентарной ткани [12]. Ручной контроль полости матки чаще выполнялся при меньшей толщине рубца: в подгруппе 1В — в 60% случаев, а в подгруппе 2В — всем пациенткам.

В группе 1 ПР в сроке 20–27 недель беременности составили — 2,4% (1) в сроке 28–33 недели — 4,8% (2), 1 — роды в сроке 34 недели — 2,4%. В группе 2 преждевременные роды составили– 4,1% (2) в сроке в 36 недель, обе пациентки поступили в КОГБУЗ КОКПЦ

Таблица 6. Травматизм ВР с рубцом на матке в зависимости от толщины рубца на матке по данным УЗИ: в подгруппах А (3,5±0,11мм) и В (2,9±0,12 мм)

Показатели	Группа 1		Группа 2	
	А n=26	В n=25	А n=38	В n=11
Эпизиотомия	23,0%– 6*	64,0%– 16*	2,6%– 1*	54,5%– 6
Разрыв шейки матки	11,5%– 3	20,0%– 5	2,6%– 1	54,5%– 6
Разрыв промежности	15,3%– 4*	32,0%– 8	28,9%– 11	100,0%– 11
Общая кровопотеря	200±10	250±20	180±10	250±20
Кровотечение в раннем послеродовом периоде	00	4,0%– 1	00	2,0%– 1

Таблица 7. Состояние новорожденных

Показатели	Группа 1 (2018 год)	Группа 2 (2021 год)
Срочные роды количество	n=47	n=47
Вес 3000 до 3300г	46,8%– 22	53,2%– 25
Вес 3400 до 3700 г	53,2%– 25	46,8%– 22
Оценка по шкале Апгар (баллы) на 1 минуте	7±0,4	8±0,4
Оценка по шкале Апгар (баллы) на 5 минуте	8±0,4	9±0,4

в потужном периоде. [15]. Не влияют на вероятность успешных ВР: недоношенная беременность [15].

При анализе продолжительности родов в зависимости от толщины рубца установлены следующие данные:

Затяжные роды у пациенток с рубцом на матке опасны и повышают риск разрыва матки [19,20]. В подгруппе 1А продолжительность родов до шести часов наблюдалась у 92,3% пациенток, безводный период до шести часов – в 100%, продолжительность второго периода родов до 10 минут встречалась у 100% пациенток, продолжительность третьего периода родов до 10 минут у 76,9% пациенток, в подгруппе 2А соответственно 73,6%, 73,6%, 65,3%, 89,4%.

В подгруппе 1В и 2В чаще выполнялась эпизиотомия с частотой 64% и 54,5%; установлена частота разрывов шейки матки 20,0% и 54,6%, разрывы промежности соответственно 32,0% и 100%. В послеродовом периоде проведено тщательное мануальное наблюдение за тонусом матки в течении 6 часов после родов: в течении первых 2-х часов — каждые 15 минут, в течении 3-го часа — каждые 30 минут, в течении следующих 3-х часов — каждые 60 минут; оценка состояния матери: пульс и артериальное давление, определение возможности внутреннего кровотечения (расчет шокового индекса). В группе 1 в 80,1% (41), в группе 2–100%. У пациенток в подгруппе А (группа 1 и 2) не наблюдалась

первичная и вторичная слабость родовой деятельности и длительный безводный период. Анализ показал отсутствие такого серьезного осложнения, как кровотечение в раннем послеродовом периоде. Установлено в группе 2В третий период родов до 10 мин составил у 89,4% женщин, а объем кровопотери в среднем составил 200±10 мл. Это соответствует клиническим рекомендациям, в которых отдается предпочтение активному ведению III периода родов. [15].

Заключение

При проведении сравнительного анализа ВР у женщин с рубцом на матке установлено: пациентки с толщиной рубца на матке после предыдущего кесарева сечения в подгруппах А 1 и 2 группы имеют меньшее количество осложнений в родах, а именно меньшую частоту аномалий родовой деятельности, меньшую продолжительность родов и безводного периода, частоту кровотечений в раннем послеродовом периоде. Таким образом, представленный ретроспективный анализ родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения через естественные родовые пути показывает, что важным критерием благоприятного исхода родов является толщина рубца на матке. Считаем целесообразным при отборе пациенток с рубцом на матке для родов через естественные родовые пути в числе факторов, повышающих вероятность ВР у женщин с рубцом на матке, учитывать толщину рубца на матке по данным УЗИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оксенойт Г.К., Никитина С.Ю., Андреев Е.М. и соавт. Демографический ежегодник России. 2017: статистический сборник // Росстат. М., 2017. 263.
2. Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health*. 2021 Jun; 6 (6).
3. Клинические рекомендации. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения 2021; 106.
4. Chauhan S.P., Martin J.N., Henrichs C.E., Morrison J.C., Magann E.F. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189 (2): 408–17.
5. Silver R.M., Landon M.B., Rouse D.J., Leveno K.J., Spong C.Y., Thom E.A., et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. 2006; 107 (6): 1226–32.
6. Grantz K.L., Gonzalez-Quintero V., Troendle J., Reddy U.M., Hinkle S.N., Kominiarek M.A., et al. Labor patterns in women attempting vaginal birth after cesarean with normal neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2015; 213 (2): 226. e1–6.
7. Clinical management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. ACOG PRACTICE BULLETIN. Number 184, November 2017.
8. Birth After Previous Caesarean Birth RCOG Green-top Guideline No. 45 October 2015.
9. Шмаков Р.Г., Баев О.Р., Пекарев О.Г., Пырегов А.В., Карапетян А.О., Приходько А.М., и соавт. Хирургическая тактика операции кесарева сечения. Учебное пособие. /- М: Издательский дом «Бином». 2019. 82.
10. Guise J. — M., Eden K., Emeis C., Denman M.A., Marshall N., Fu R.R., et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2010; (191):1–397.
11. Vikhareva Osseer O. Valentin L., Clinical importance of appearance of cesarean hysterotomy scar at transvaginal ultrasonography in njn pregnant womtn 2011.
12. Uterine dehiscence in pregnant with previous caesarean delivery Zhu Z., Li H., Zhang J., *Amn Med* 2021 Dec; 53 (1) 1265–1269. doi1080/07853890 2021.1959049. PMID:34309465.
13. Кок Н., Wiersma I.C., Opmeer B.C., de Graaf M., Mo1 B.W., Paykrt E. Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous Caesarean section: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013; 42 (2):132–9.
14. Ioura E.A., Nather A., Hohtlagschwandtner M., Hussleint P. The impact of a single- or double-layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 189 (3):895.
15. Клинические рекомендации Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и послеродовом периоде 2021;40.
16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 205. *Obstet Gynecol* 2019; 133: e110–27.
17. Chaillet N., Bujold E., Grobman W.A. Validation of a prediction model for vaginal birth after caesarean. *J Obstet Gynaecol Can*. 2013; 35 (2): 119–24.
18. Gambacorti-Passerini Z., Gimovsky A.C., Locatelli A., Berghella V. Trial of labor after myomectomy and uterine rupture: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016; 95 (7): 724–34.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 205. *Obstet Gynecol*. 2019; 133: e 110–27.
20. Пекарев О.Г., Майбородин И.В., Пекарева Е.О., Поздняков И.М. Самопроизвольное родоразрешение пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения. Реалии и перспективы. *Женское здоровье и репродукция*. 2018; 9 (28).

© Печенкина Наталья Сергеевна, (doktor_nat@mail.ru), Хлыбова Светлана Вячеславовна.

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»