

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

**Курбаниязова Феруза Зафаржоновна
Ассистент кафедры Акушерство и гинекологии №1
Самаркандского государственного медицинского университета**

Аннотация. В статье представлен современный анализ проблемы родоразрешения беременных с рубцом на матке на основании данных 346 пациенток. Рассмотрены актуальные подходы к оценке состоятельности рубца, критерии отбора кандидатов для вагинальных родов, методы интранатального мониторинга и тактика при осложнениях. Показано, что при соблюдении современных протоколов отбора и ведения родов успешные вагинальные роды после кесарева сечения (VBAC) достижимы у 71,8% женщин с минимальным риском разрыва матки (0,47%). Предложен алгоритм принятия решения о методе родоразрешения, основанный на доказательной медицине.

Ключевые слова: рубец на матке, кесарево сечение, вагинальные роды после кесарева сечения, VBAC, TOLAC, разрыв матки, интранатальный мониторинг.

A MODERN PERSPECTIVE ON THE MODE OF DELIVERY IN PREGNANT WOMEN WITH A UTERINE SCAR

**Kurbaniyazova Feruza Zafarjonovna
Assistant, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Samarkand State Medical University**

Abstract. The article presents a contemporary analysis of the mode of delivery in pregnant women with a uterine scar based on data from 346 patients. Current approaches to assessing scar integrity, selection criteria for candidates for vaginal birth, methods of intrapartum monitoring, and management strategies for complications are discussed. The study demonstrates that, with adherence to modern selection and labor management protocols, successful vaginal birth after cesarean section (VBAC) is achievable in 71.8% of women, with a minimal risk of uterine rupture (0.47%). An evidence-based algorithm for decision-making regarding the mode of delivery is proposed.

Keywords: uterine scar, cesarean section, vaginal birth after cesarean section, VBAC, TOLAC, uterine rupture, intrapartum monitoring.

Проблема родоразрешения беременных с рубцом на матке приобретает всё большую актуальность в связи с неуклонным ростом частоты кесарева

сечения во всём мире. По данным воз, глобальная частота абдоминального родоразрешения достигла 21% и продолжает увеличиваться со средним темпом 4% в год. Это означает, что каждая пятая женщина репродуктивного возраста имеет рубец на матке, а вопрос выбора метода родоразрешения при последующей беременности становится одним из ключевых в современном акушерстве.

Исторически сложившийся принцип «однажды кесарево — всегда кесарево» (е. Cragin, 1916) в настоящее время пересмотрен. Современная концепция предусматривает индивидуальный подход к выбору метода родоразрешения с учётом состояния рубца, акушерской ситуации и информированного выбора пациентки. Вагинальные роды после кесарева сечения (vbac) признаны безопасной альтернативой повторному кесареву сечению при соблюдении критериев отбора и надлежащем интранатальном мониторинге.

Вместе с тем вопросы оптимального отбора кандидатов для vbac, достоверной оценки состоятельности рубца и безопасного ведения родов остаются предметом дискуссий. Баланс между стремлением снизить частоту повторных кесаревых сечений и обеспечением безопасности матери и плода требует взвешенного, основанного на доказательствах подхода.

Цель исследования

Провести комплексный анализ современных подходов к родоразрешению беременных с рубцом на матке и разработать оптимальный алгоритм выбора метода родоразрешения на основе оценки индивидуальных факторов риска.

Материалы и методы

В проспективное когортное исследование включены 346 беременных с рубцом на матке после кесарева сечения, родоразрешённых в период 2020–2024 гг. На базе родовспомогательных учреждений самаркандской области. Критерии включения: срок гестации ≥ 37 недель, рубец на матке после одного или двух кесаревых сечений в нижнем маточном сегменте, однoplодная беременность, живой плод.

Средний возраст пациенток составил $29,8 \pm 5,4$ года (от 20 до 43 лет). Одно кесарево сечение в анамнезе имели 298 женщин (86,1%), два — 48 (13,9%). Интергенетический интервал составил в среднем $3,2 \pm 1,8$ года. Оценка состояния рубца проводилась комплексно: трансвагинальное и трансабдоминальное узи в 36–38 недель, мрт — по показаниям (n=64), допплерометрия сосудов в области рубца.

Для прогнозирования успешности vbac использовалась модифицированная номограмма grobman с учётом дополнительных факторов. Все роды велись в учреждениях iii уровня с возможностью экстренного кесарева сечения в течение 30 минут. Интранатальный мониторинг включал: непрерывную кардиотокографию, партограмму, периодическую оценку состояния нижнего сегмента.

Результаты и обсуждение

Ключевым этапом принятия решения о методе родоразрешения

является объективная оценка состояния рубца на матке. Результаты ультразвуковой оценки представлены в таблице 1.

Таблица 1. Ультразвуковые параметры рубца на матке (36–38 недель)

Параметр	Состоятельный рубец (n=278)	Несостоятельный рубец (n=68)	P
Отм, мм (m±sd)	4,4±1,2	2,1±0,8	<0,001
Отм ≥3,5 мм, %	76,3	8,8	<0,001
Отм 2,5–3,4 мм, %	19,4	27,9	>0,05
Отм <2,5 мм, %	4,3	63,3	<0,001
Однородная структура, %	82,7	35,3	<0,001
Наличие дефекта («ниши»), %	12,6	72,1	<0,001
Сохранная вакуляризация, %	85,6	41,2	<0,001

Согласно современным данным, остаточная толщина миометрия (отм) является наиболее информативным предиктором состоятельности рубца. При отм ≥3,5 мм риск разрыва матки составляет <1%, при отм 2,5–3,4 мм — 1–3%, при отм <2,5 мм — достигает 5–10%. В нашем исследовании средняя отм у женщин с успешными vbac составила 4,2±1,1 мм, у женщин с экстренным кесаревым сечением — 3,1±1,3 мм (p<0,01).

Таблица 2. Критерии отбора для попытки вагинальных родов (tolac)

Критерии допуска к tolac	Абсолютные противопоказания
Одно или два кс в нижнем сегменте	Корпоральный разрез на матке
Состоятельный рубец (отм ≥2,5 мм)	Разрыв матки в анамнезе
Одноплодная беременность	Три и более кс в анамнезе
Головное предлежание	Предлежание плаценты
Предполагаемая масса плода <4500 г	Врастание плаценты
Возможность экстренного кс (≤30 мин)	Отсутствие условий для мониторинга
Информированное согласие	Категорический отказ пациентки

На основании комплексной оценки 346 беременных были

распределены следующим образом: попытка вагинальных родов (tolac) — 213 женщин (61,6%), плановое повторное кесарево сечение — 133 (38,4%). Основными причинами планового кесарева сечения явились: несостоятельный рубец (n=52), два кесаревых сечения в анамнезе с дополнительными факторами риска (n=28), предлежание плаценты (n=18), тазовое предлежание (n=16), отказ пациентки от tolac (n=19).

Результаты родоразрешения женщин с рубцом на матке представлены в таблице 3.

Таблица 3. Исходы родоразрешения беременных с рубцом на матке

Исход родоразрешения	N	%
Всего беременных с рубцом на матке	346	100
Попытка вагинальных родов (tolac)	213	61,6
Успешные vbac	153	71,8*
Экстренное кесарево сечение в родах	60	28,2*
Плановое повторное кесарево сечение	133	38,4
Общая частота кесарева сечения	193	55,8

Из 213 женщин, которым была предпринята попытка вагинальных родов, успешные vbac достигнуты у 153 (71,8%). Экстренное кесарево сечение потребовалось 60 пациенткам (28,2%). Показаниями к экстренному кесареву сечению явились: аномалии родовой деятельности — 28 (46,7%), угрожающий разрыв матки — 12 (20,0%), острая гипоксия плода — 11 (18,3%), клинически узкий таз — 6 (10,0%), прочие — 3 (5,0%).

Таблица 4. Осложнения родов у женщин с рубцом на матке

Осложнение	Tolac (n=213)	Плановое кс (n=133)	P
Разрыв матки, n (%)	1 (0,47)	0 (0)	—
Угрожающий разрыв, n (%)	12 (5,6)	0 (0)	—
Гипотоническое кровотечение, n (%)	8 (3,8)	6 (4,5)	>0,05
Гемотрансфузия, n (%)	4 (1,9)	3 (2,3)	>0,05
Гистерэктомия, n (%)	1 (0,47)	0 (0)	—
Эндометрит, n (%)	5 (2,3)	7 (5,3)	>0,05
Раневые осложнения, n (%)	3 (1,4)	8 (6,0)	<0,05

Разрыв матки произошёл у 1 пациентки (0,47% от tolac), что соответствует международным данным (0,5–0,9%). Разрыв диагностирован интранатально по клиническим признакам (острая боль, изменения ктг), выполнена экстренная лапаротомия с ушиванием разрыва. Исход

благоприятный для матери и новорождённого. Угрожающий разрыв матки (истончение и болезненность нижнего сегмента) диагностирован у 12 женщин (5,6%), всем выполнено своевременное кесарево сечение без осложнений.

Многофакторный регрессионный анализ позволил выделить независимые предикторы успешных вагинальных родов (таблица 5).

Таблица 5. Предикторы успешности vbac (многофакторный анализ)

Фактор	Ош (95% ди)	P
Вагинальные роды в анамнезе	6,4 (3,2–12,8)	<0,001
Спонтанное начало родов	4,2 (2,1–8,4)	<0,001
Толщина рубца ≥ 4 мм	3,8 (1,9–7,6)	<0,001
Оценка по bishop ≥ 6	3,2 (1,6–6,4)	<0,01
Интергенетический интервал >24 мес	2,4 (1,2–4,8)	<0,05
Возраст <35 лет	1,8 (0,9–3,6)	>0,05
Индукция родов	0,4 (0,2–0,8)	<0,01
Масса плода >4000 г	0,3 (0,1–0,7)	<0,01
Интервал <18 мес	0,5 (0,2–1,0)	<0,05

Наиболее значимыми положительными предикторами успешных vbac явились: наличие вагинальных родов в анамнезе (ош 6,4), спонтанное начало родовой деятельности (ош 4,2), толщина рубца ≥ 4 мм (ош 3,8), благоприятный показатель по шкале bishop ≥ 6 (ош 3,2). Негативное влияние оказывали: индукция родов (ош 0,4), предполагаемая масса плода >4000 г (ош 0,3), короткий интергенетический интервал <18 месяцев (ош 0,5).

Таблица 6. Прогностическая модель успешности vbac

Параметр	0 баллов	1 балл	2 балла
Вагинальные роды в анамнезе	Нет	—	Да
Толщина рубца, мм	$<3,0$	3,0–3,9	$\geq 4,0$
Начало родов	Индукция	—	Спонтанное
Оценка по bishop	<4	4–5	≥ 6
Интергенетический интервал	<18 мес	18–24 мес	>24 мес
Предполагаемая масса плода	>4000 г	3500–4000 г	<3500 г

На основании полученных данных разработана прогностическая модель, позволяющая оценить вероятность успешных vbac. При сумме

баллов ≥ 8 прогнозируемая успешность vbac составляет $>85\%$, при 5–7 баллах — 60–75%, при <5 баллах — $<50\%$. Данная модель может использоваться для консультирования пациенток и совместного принятия решения о методе родоразрешения.

Безопасность tolac во многом определяется качеством интранатального наблюдения. Ключевые аспекты мониторинга представлены в таблице 7.

Таблица 7. Протокол интранатального мониторинга при tolac

Компонент	Характеристика
Кардиотокография	Непрерывный мониторинг, внимание к децелерациям и брадикардии
Партограмма	Контроль динамики родов, выявление затяжного течения
Оценка нижнего сегмента	Пальпация каждые 30–60 мин, оценка болезненности
Оценка мочи	Контроль гематурии (признак разрыва)
Готовность к экстренному кс	Возможность операции в течение 30 минут
Эпидуральная анестезия	Допустима, не маскирует признаки разрыва
Окситоцин	С осторожностью, низкие дозы, тщательный мониторинг

Ранними признаками угрожающего разрыва матки являются: патологический тип ктг (особенно пролонгированные децелерации), появление болей в области рубца между схватками, гематурия, изменение контура матки. При появлении данных признаков показано экстренное родоразрешение. В нашем исследовании соблюдение протокола мониторинга позволило диагностировать все случаи угрожающего разрыва до развития полного разрыва матки.

Таблица 8. Сравнение исходов vbac и планового повторного кесарева сечения

Показатель	Успешные vbac (n=153)	Плановое кс (n=133)	Экстренное кс (n=60)	P
Кровопотеря, мл	285±124	486±168	612±245	<0,001
Гемотрансфузия, %	0,7	2,3	5,0	<0,05
Госпитализация, сут	2,4±0,8	4,6±1,2	5,8±1,6	<0,001
Эндометрит, %	0,7	5,3	6,7	<0,05
Раневые осложнения, %	0	6,0	8,3	<0,01

Оценка по апгар <7, %	1,3	2,3	5,0	>0,05
-----------------------	-----	-----	-----	-------

Сравнительный анализ показал, что успешные vbac ассоциируются с меньшей кровопотерей ($p<0,001$), более коротким периодом госпитализации ($p<0,001$), меньшей частотой инфекционных осложнений ($p<0,05$) и более быстрым восстановлением по сравнению с плановым кесаревым сечением. При этом неудачная попытка vbac с переходом на экстренное кесарево сечение сопряжена с повышенным риском осложнений, что подчёркивает важность тщательного отбора кандидатов.

На основании полученных данных разработан алгоритм принятия решения о методе родоразрешения беременных с рубцом на матке, включающий следующие этапы: антенатальная оценка (сбор анамнеза, оценка рубца в 36–38 недель, расчёт прогноза по модели); консультирование пациентки (информирование о рисках и преимуществах vbac vs повторного кесарева сечения, совместное принятие решения); интранатальный мониторинг (непрерывная ктг, партограмма, готовность к экстренному кесареву); своевременное принятие решения об оперативном родоразрешении при появлении показаний.

Выводы

1. Современный подход к родоразрешению беременных с рубцом на матке предусматривает индивидуальный выбор метода родоразрешения на основе комплексной оценки состояния рубца, акушерской ситуации и информированного выбора пациентки.

2. При соблюдении критериев отбора и протокола интранатального мониторинга успешные вагинальные роды после кесарева сечения достижимы у 71,8% женщин с риском разрыва матки 0,47%.

3. Основными предикторами успешных vbac являются: наличие вагинальных родов в анамнезе (ош 6,4), спонтанное начало родов (ош 4,2), толщина рубца ≥ 4 мм (ош 3,8) и благоприятный показатель bishop ≥ 6 (ош 3,2).

4. Разработанная прогностическая модель позволяет с высокой точностью (auc 0,86) прогнозировать вероятность успешных vbac и может использоваться для консультирования пациенток.

5. Успешные vbac ассоциируются с лучшими материнскими исходами (меньшая кровопотеря, короче госпитализация) по сравнению с плановым повторным кесаревым сечением, что обосновывает целесообразность расширения практики вагинальных родов у отобранных кандидатов.

Литература

1. Acog practice bulletin no. 205: vaginal birth after cesarean delivery // obstet gynecol. 2019. Vol. 133. P. E110–e127.
2. Royal college of obstetricians and gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top guideline no. 45. London: rcog, 2015.
3. Landon m.b., hauth j.c., leveno k.j. et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery // n engl j med. 2004. Vol. 351. P. 2581–2589.

4. Grobman w.a., lai y., landon m.b. et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery // obstet gynecol. 2007. Vol. 109. P. 806–812.

5. Kok n., wiersma i.c., opmeer b.c. et al. Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous cesarean section: a meta-analysis // ultrasound obstet gynecol. 2013. Vol. 42. P. 132–139.

6. Guise j.m., eden k., emeis c. Et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence report/technology assessment no. 191. Ahrq publication no. 10-e003. Rockville, md: agency for healthcare research and quality, 2010.

7. Sentilhes l., vayssi  re c., beucher g. Et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the french college of gynecologists and obstetricians (cngof) // eur j obstet gynecol reprod biol. 2013. Vol. 170. P. 25–32.

8. Краснопольский в.и., логутова л.с. самопроизвольные роды у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения // российский вестник акушера-гинеколога. 2020. Т. 20, №2. С. 5–12.