

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЁСШИХ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, И ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕДУЮЩИХ РОДОВ

Курбаниязова Венера Энверовна
Ассистент кафедры Акушерство и гинекологии №1
Самаркандского государственного медицинского университета

Аннотация. В статье представлены результаты комплексной программы ранней реабилитации 186 женщин после кесарева сечения и анализ исходов последующих родов. Разработанная программа включала раннюю активизацию, физиотерапевтические методы, лечебную физкультуру и психологическую поддержку. Применение программы реабилитации позволило снизить частоту послеоперационных осложнений, улучшить состояние рубца на матке и увеличить долю успешных вагинальных родов после кесарева сечения (VBAC) до 68,4%.

Ключевые слова: кесарево сечение, послеоперационная реабилитация, рубец на матке, вагинальные роды после кесарева сечения (VBAC), fast-track хирургия.

EARLY REHABILITATION OF WOMEN AFTER CESAREAN SECTION AND OPTIMIZATION OF THE MANAGEMENT OF SUBSEQUENT LABOR

Kurbaniyazova Venera Enverovna
Assistant, Department of Obstetrics and Gynecology No. 1
Samarkand State Medical University

Abstract. The article presents the results of a comprehensive early rehabilitation program for 186 women after cesarean section and an analysis of the outcomes of subsequent deliveries. The developed program included early mobilization, physiotherapy methods, therapeutic physical exercises, and psychological support. Implementation of the rehabilitation program made it possible to reduce the incidence of postoperative complications, improve the condition of the uterine scar, and increase the rate of successful vaginal birth after cesarean section (VBAC) to 68.4%.

Keywords: cesarean section, postoperative rehabilitation, uterine scar, vaginal birth after cesarean section (VBAC), fast-track surgery.

ВВЕДЕНИЕ

Кесарево сечение является одной из наиболее распространённых операций в современном акушерстве. По данным ВОЗ, частота оперативного родоразрешения в мире достигает 21%, а в ряде стран превышает 30–40%. В Узбекистане данный показатель составляет около 15–

18% и имеет тенденцию к росту. Увеличение числа женщин с рубцом на матке ставит перед практическим здравоохранением задачу оптимизации их реабилитации и ведения последующих беременностей.

Качество формирования рубца на матке во многом определяет возможность вагинальных родов при последующей беременности и риск развития таких осложнений, как разрыв матки, вращение плаценты, несостоятельность рубца. Современные концепции ускоренной реабилитации (fast-track, ERAS) доказали свою эффективность в различных областях хирургии и активно внедряются в акушерскую практику.

Цель исследования. Разработать и оценить эффективность программы ранней реабилитации женщин после кесарева сечения и оптимизировать тактику ведения последующих родов.

Материалы и методы. Исследование проведено в два этапа. На первом этапе (2020–2022 гг.) Изучена эффективность программы ранней реабилитации у 186 женщин после первичного кесарева сечения. Пациентки были разделены на две группы: основная (n=94) — с применением разработанной программы реабилитации, контрольная (n=92) — со стандартным послеоперационным ведением.

Критерии включения: первичное кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, одноплодная беременность, срок гестации 37–41 неделя, отсутствие тяжёлой экстрагенитальной патологии. Средний возраст пациенток составил $27,4 \pm 5,2$ года (от 19 до 42 лет). Показания к кесареву сечению: аномалии родовой деятельности — 34,4%, тазовое предлежание — 21,5%, острая гипоксия плода — 18,3%, рубец на матке — 12,4%, преэклампсия — 8,1%, прочие — 5,3%.

Программа ранней реабилитации включала: предоперационную подготовку (информирование, углеводная нагрузка за 2 часа до операции); интраоперационный компонент (нормотермия, ограничение инфузии, профилактика тошноты); раннюю активизацию (вертикализация через 6–8 часов, раннее энтеральное питание); физиотерапию (магнитотерапия на область рубца с 3-х суток, лазеротерапия); лечебную физкультуру (дыхательная гимнастика, упражнения Кегеля); психологическую поддержку и обучение грудному вскармливанию.

На втором этапе (2022–2024 гг.) проведён анализ исходов последующих родов у 76 женщин с рубцом на матке, прошедших программу реабилитации. Оценка состояния рубца проводилась при помощи УЗИ и МРТ в сроке 36–38 недель гестации. Критерии состоятельности рубца: толщина миометрия в области рубца ≥ 3 мм, однородная структура, отсутствие «ниш» и деформаций.

Результаты и обсуждение. Анализ течения послеоперационного периода показал достоверные преимущества программы ранней реабилитации (таблица 1).

Таблица 1. Течение послеоперационного периода

Показатель	Основная	Контроль	p
------------	----------	----------	---

	(n=94)	(n=92)	
Время до вертикализации, ч	7,2±1,8	18,4±4,2	<0,001
Восстановление перистальтики, ч	14,6±3,2	28,7±6,4	<0,001
Начало энтерального питания, ч	6,4±1,4	24,2±4,8	<0,001
Начало грудного вскармливания, ч	4,8±1,2	12,6±3,4	<0,001
Длительность госпитализации, сут	4,2±0,8	5,6±1,2	<0,01
Потребность в анальгетиках, сут	2,1±0,6	3,4±0,9	<0,01
Послеоперационные осложнения, %	8,5	18,5	<0,05

Как видно из таблицы, применение программы ранней реабилитации позволило достоверно сократить время до первой вертикализации, восстановления функции кишечника и начала грудного вскармливания. Продолжительность госпитализации сократилась в среднем на 1,4 суток. Частота послеоперационных осложнений в основной группе была достоверно ниже (8,5% против 18,5%, $p<0,05$).

Таблица 2. Структура послеоперационных осложнений

Осложнение	Основная, n (%)	Контроль, n (%)
Субинволюция матки	2 (2,1)	5 (5,4)
Эндометрит	1 (1,1)	4 (4,3)
Гематома в области шва	2 (2,1)	3 (3,3)
Серома послеоперационной раны	2 (2,1)	3 (3,3)
Парез кишечника	1 (1,1)	2 (2,2)
Всего	8 (8,5)	17 (18,5)

Оценка состояния рубца на матке проводилась через 6 и 12 месяцев после операции. В основной группе состоятельный рубец (толщина ≥ 3 мм, однородная структура) определялся у 89,4% женщин, в контрольной — у 76,1% ($p<0,05$). «Ниши» в области рубца, свидетельствующие о его неполноценности, выявлены у 4,3% пациенток основной группы и 12,0% — контрольной ($p<0,05$).

На втором этапе исследования проанализированы исходы родов у 76 женщин с рубцом на матке после применения программы реабилитации. Интервал между беременностями составил в среднем $2,8 \pm 0,9$ года. Все пациентки были консультированы относительно возможности вагинальных родов (TOLAC — trial of labor after cesarean). Критериями отбора для TOLAC являлись: состоятельный рубец по данным УЗИ/МРТ, одноплодная беременность в головном предлежании, отсутствие показаний к плановому кесареву сечению, информированное согласие пациентки.

Таблица 3. Исходы последующих родов у женщин с рубцом на матке

Исход родов	n	%
Попытка вагинальных родов (TOLAC)	57	75,0
Успешные вагинальные роды (VBAC)	52	68,4
Экстренное кесарево сечение в родах	5	6,6
Плановое повторное кесарево сечение	19	25,0
Всего	76	100

Из 76 женщин попытка вагинальных родов (TOLAC) была предпринята у 57 (75,0%). Успешные вагинальные роды (VBAC) состоялись у 52 пациенток (68,4% от общего числа, 91,2% от числа TOLAC). Экстренное кесарево сечение в родах потребовалось 5 женщинам (8,8% от TOLAC): аномалии родовой деятельности — 3 случая, угрожающий разрыв матки — 1, острая гипоксия плода — 1. Плановое повторное кесарево сечение выполнено 19 пациенткам (25,0%) по следующим показаниям: несостоятельный рубец — 8, тазовое предлежание — 5, крупный плод — 3, предлежание плаценты — 2, отказ от TOLAC — 1.

Важно отметить, что случаев разрыва матки в исследуемой группе не зарегистрировано. Угрожающий разрыв матки (истончение и болезненность нижнего сегмента) диагностирован у 1 пациентки (1,8% от TOLAC), что потребовало экстренного оперативного родоразрешения без осложнений. Данный показатель соответствует международным данным о частоте разрыва матки при TOLAC (0,5–2,0%).

Таблица 4. Факторы, влияющие на успешность VBAC

Фактор	ОШ (95% ДИ)	p
Толщина рубца ≥ 4 мм	4,8 (1,6–14,2)	<0,01
Интервал >24 месяцев	3,2 (1,2–8,6)	<0,05
Вагинальные роды в анамнезе	5,4 (1,4–20,8)	<0,01

Спонтанное начало родов	2,9 (1,1–7,8)	<0,05
Индукция родов	0,3 (0,1–0,9)	<0,05
Масса плода >4000 г	0,2 (0,05–0,8)	<0,05
Возраст >35 лет	0,4 (0,1–1,2)	>0,05

Анализ факторов, влияющих на успешность VBAC, показал, что достоверное положительное влияние оказывали: толщина рубца ≥ 4 мм, интергенетический интервал >24 месяцев, наличие вагинальных родов в анамнезе, спонтанное начало родовой деятельности. Отрицательно влияли: индукция родов, масса плода >4000 г, возраст старше 35 лет.

На основании полученных данных разработан алгоритм ведения женщин с рубцом на матке, включающий: оценку состояния рубца в сроке 36–38 недель (УЗИ \pm МРТ); консультирование пациентки о возможности и рисках VBAC; отбор кандидатов для TOLAC на основании прогностических факторов; ведение родов в условиях акушерского стационара III уровня с возможностью экстренного кесарева сечения; мониторинг состояния рубца в родах (кардиотокография, пальпация нижнего сегмента).

ВЫВОДЫ

1. Программа ранней реабилитации после кесарева сечения, включающая элементы fast-track хирургии, достоверно сокращает сроки восстановления (время до вертикализации, восстановление функции кишечника, начало лактации) и снижает частоту послеоперационных осложнений с 18,5% до 8,5%.

2. Применение физиотерапевтических методов (магнитотерапия, лазеротерапия) в раннем послеоперационном периоде способствует формированию полноценного рубца на матке (89,4% против 76,1% в контрольной группе).

3. При соблюдении критериев отбора и адекватном мониторинге вагинальные роды после кесарева сечения (VBAC) успешны в 91,2% случаев от числа попыток и в 68,4% от общего числа женщин с рубцом на матке.

4. Основными предикторами успешных VBAC являются: толщина рубца ≥ 4 мм, интергенетический интервал >24 месяцев, наличие вагинальных родов в анамнезе и спонтанное начало родовой деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization, 2015. 8 p.
2. Keag O.E., Norman J.E., Stock S.J. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis // PLoS Med. 2018. Vol. 15. e1002494.
3. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery // Obstet Gynecol. 2019. Vol. 133. P. e110–e127.
4. Wilson R.D., Caughey A.B., Wood S.L. et al. Guidelines for Antenatal

and Preoperative Care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations // Am J Obstet Gynecol. 2018. Vol. 219. P. 523.e1–523.e15.

5. Стрижаков А.Н., Буданов П.В. Роды при наличии рубца на матке после кесарева сечения // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2019. Т. 18, №3. С. 5–14.

6. Jastrow N., Roberge S., Gauthier R.J. et al. Effect of birth weight on adverse obstetric outcomes in vaginal birth after cesarean delivery // Obstet Gynecol. 2010. Vol. 115. P. 338–343.

7. 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.

8. 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.