

АНАЛИЗ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ

С. А. Дворянский, Д. И. Емельянова

Цель – провести анализ исходов родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке. **Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин с рубцом на матке, которые завершили роды через естественные родовые пути и были разделены на 2 группы: с контрольным ручным обследованием полости матки после родов и без такового. **Результаты.** Кровопотеря при проведении ручного контроля полости матки увеличивается в среднем на 79 мл. При проведении ручного контроля полости матки потребность в эпизиотомии увеличивается в 2 раза. Ведение родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке не сказывается на состоянии ребенка и его выписке домой в среднем на 4-е сутки.

Ключевые слова: рубец на матке, роды через естественные родовые пути.

ВВЕДЕНИЕ

Широкое распространение и совершенствование операции кесарева сечения породило новую проблему – в популяции становится все больше беременных с рубцами на матке [1]. Повышение количества операций ведет к их увеличению в будущем, замыкая «порочный» круг. Также вполне ожидаем рост осложнений, связанных с хирургическими и анестезиологическими пособиями, увеличение частоты вращений плаценты в рубец и беременностей в рубце. Кроме того, а priori любой рубец менее прочен, чем здоровая ткань матки. Один из возможных путей влияния на количество последующих оперативных родоразрешений – роды через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке [1–3].

Наиболее грозное осложнение в естественных родах с рубцом на матке – ее разрыв. Метаанализ 2010 г., объединивший исследования с 1996 по 2009 г., показал, что в США 58 % женщин с рубцом на матке после кесарева сечения пытались рожать через естественные родовые пути, при этом частота разрыва матки составила 0,2–15 % [4].

Главное отличие в ведении подобных пациенток – контрольное ручное обследование стенок матки, принятое в России и не практикующееся на Западе [1]. В Международном руководстве «Obstetrical human labor and birth» [5] указано, что после родов полость матки проверяется на признаки разрыва только в случае наличия

жалоб или подозрительных симптомов. Другие авторы указывают на отсутствие свидетельств улучшения исходов при проведении ручного обследования стенок полости матки после родов через естественные родовые пути и оперативного восстановления матки с бессимптомной несостоятельностью шва [6–7]. Во Франции считается, что рутинное проведение ручного обследования стенок полости матки после родов с рубцом не дает преимуществ, но при этом чаще возникают лихорадочные состояния и назначаются антибиотики [8].

Цель – провести анализ исходов родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен ретроспективный анализ историй родов женщин с рубцом на матке, которые завершили роды через естественные родовые пути в КОГБУЗ «Кировский областной клинический перинатальный центр» в 2017 году. Всего в исследование вошло 52 истории, которые были разделены на 2 группы. Группа 1 – 27 историй родов женщин, которым было выполнено контрольное ручное обследование полости матки после родов через естественные родовые пути; группа 2 – 25 женщин, подписавших информированный отказ от ручного вхождения в полость матки.

ANALYSIS OF VAGINAL DELIVERY AFTER CESAREAN SECTION

S. A. Dvoryansky, D. I. Emelyanova

The aim of the study is to analyze the outcome of vaginal delivery after cesarean section. **Material and methods.** Retrospective analysis of vaginal delivery cases in women with the uterine scar was made. Patients were divided into 2 groups: with and without manual examination of the uterus after delivery. **Results.** Blood loss is increased by an average of 79 ml. during the manual examination. The need for episiotomy after a manual examination is two times high. Vaginal delivery in women with uterine scar does not affect a newborn and patients are discharged on the 4th day on average.

Keywords: uterine scar, vaginal delivery.

Для статистического анализа были использованы расчет U-критерия Манна – Уитни для двух независимых выборок и критерий хи-квадрат (χ^2), статистическая значимость которых оценивалась при $p < 0,05$. Статистические данные по средним показателям представлены в виде: «среднее арифметическое \pm стандартное отклонение».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Женщины двух групп не отличались по социально-анамнестическим данным:

- возраст: группа 1 – 30,85 \pm 5,50 лет; группа 2 – 31,84 \pm 4,36 лет (Uэмп = 308, $p > 0,05$);
- место жительства, город/область: группа 1 – 17 (62,96 %)/10 (37,04 %); группа 2 – 10 (40,00 %)/15 (60,00 %) ($\chi^2 = 2,27$, OR = 2,32, F = 0,17, $p > 0,05$);
- брак зарегистрирован: группа 1 – 20 женщин (74,07 %); группа 2 – 19 (76,00 %) – ($\chi^2 = 0,53$, OR = 0,6, F = 0,52, $p > 0,05$);
- образование, высшее/среднее/отсутствует: группа 1 – 14 (51,85 %)/12 (44,44 %)/1 (3,71 %); группа 2 – 11 (44,00 %)/13 (52,00 %)/1 (4,00 %) ($\chi^2 = 0,32$, OR = 1,38, F = 0,59, $p > 0,05$);
- росто-весовые показатели: 163,92 \pm 5,99 см и 162,92 \pm 6,02 см (Uэмп = 298,5, $p > 0,05$); 71,00 \pm 12,00 кг и 70,14 \pm 10,34 кг (Uэмп = 324, $p > 0,05$) соответственно.

Гинекологический анамнез также не имел различий: менархе в 13,19 \pm 1,21 года в группе 1 и 13,52 \pm 0,96 лет в группе 2 (Uэмп = 282,5, $p > 0,05$); менструации по 5,04 \pm 0,85 дней в группе 1 и 4,84 \pm 0,80 дня в группе 2 (Uэмп = 319, $p > 0,05$), через 28,67 \pm 3,08 дней и 27,52 \pm 2,56 дней в группах соответственно (Uэмп = 278,5, $p > 0,05$).

Данная беременность по счету 3,30 \pm 1,49 в группе 1 и 3,44 \pm 1,76 в группе 2 (Uэмп = 334,5, $p > 0,05$). Срок родоразрешения 37,78 \pm 3,41 нед. у женщин в группе 1 и 38,36 \pm 1,58 нед. в группе 2 (Uэмп = 334,5, $p > 0,05$).

Причины, по которым в предыдущую беременность было выполнено кесарево сечение:

- в группе 1: асфиксия плода – 4 (14,81 %); преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) – 5 (18,52 %); клинически узкий таз (КУТ) – 4 (14,81 %); тазовое предлежание плода – 4 (14,81 %); аномалии родовой деятельности (АРД) – 4 (14,81 %); предлежание плаценты (ПП) – 1 (3,72 %); преэклампсия (ПЭ) – 1 (3,72%); женщина не помнит причину – 4 (14,81%);
- в группе 2: асфиксия плода – 5 (20,00 %); ПОНРП – 2 (8,00 %); КУТ – 1 (4,00 %); тазовое предлежание плода – 5 (20,00 %); АРД – 5 (20,00 %); ПП – 1 (4,00 %); ПЭ – 1 (4,00 %); двойня – 3 (12,00 %); не помнит причину – 2 (8,00 %) (табл. 1).

Данные кардиотокограммы (КТГ) в родах: 7,45 \pm 0,80 баллов у женщин группы 1 и 7,68 \pm 0,89 баллов у женщин группы 2 (Uэмп = 210, $p > 0,05$).

Таблица 1

Осложнения беременности и родов у женщин с рубцом на матке

Осложнения	Группа 1 абс. (%)	Группа 2. абс. (%)	Стат. критерий	Стат. значимость
Осложнения беременности				
Гестационный сахарный диабет	3 (11,11)	3 (12,00)	$\chi^2 = 0,02$, OR = 0,88, F = 1	$p > 0,05$
Синдром задержки роста плода	4 (14,81)	4 (16,00)	$\chi^2 = 0,01$, OR = 0,91, F = 0,99	$p > 0,05$
Гипоксия плода	4 (14,81)	5 (20,00)	$\chi^2 = 0,24$, OR = 0,7, F = 0,72	$p > 0,05$
Многоводие	1 (3,70)	3 (12,00)	$\chi^2 = 1,26$, OR = 0,28, F = 0,34	$p > 0,05$
Маловодие	2 (7,40)	3 (12,00)	$\chi^2 = 0,32$, OR = 0,59, F = 0,66	$p > 0,05$
Ожирение	2 (7,40)	1 (4,00)	$\chi^2 = 0,28$, OR = 1,92, F = 1	$p > 0,05$
Гестационный пиелонефрит	1 (3,70)	2 (8,00)	$\chi^2 = 0,44$, OR = 0,44, F = 0,60	$p > 0,05$
Осложнения родов				
Слабость родовой деятельности	1 (3,70)	3 (12,00)	$\chi^2 = 1,26$, OR = 0,28, F = 0,34	$p > 0,05$
Обвитие пуповины вокруг шеи плода	12 (44,44)	7 (28,00)	$\chi^2 = 1,51$, OR = 2,06, F = 0,26	$p > 0,05$
Амниотомия	12 (44,44)	13 (52,00)	$\chi^2 = 0,3$, OR = 0,74, F = 0,78	$p > 0,05$
Эпизиотомия	18 (66,67)	8 (32,00)	$\chi^2 = 6,24$, OR = 4,25, F = 0,03	$p < 0,05$
Разрыв промежности	4 (14,81)	8 (32,00)	$\chi^2 = 2,16$, OR = 0,37, F = 0,19	$p > 0,05$
Разрыв шейки матки	5 (18,52)	8 (32,00)	$\chi^2 = 1,26$, OR = 0,48, F = 0,34	$p > 0,05$
Раннее послеродовое кровотечение	2 (7,41)	—	$\chi^2 = 1,93$	$p > 0,05$
Гемотрансфузия	1 (3,70)	—	$\chi^2 = 0,94$	$p > 0,05$
Анемия в послеродовом периоде	17 (62,96)	9 (36,00)	$\chi^2 = 3,77$, OR = 3,02, F = 0,09	$p > 0,05$
Лохиогематометра	2 (7,41)	5 (20,00)	$\chi^2 = 1,77$, OR = 0,32, F = 0,24	$p > 0,05$

Примечание: группа 1 – с контрольным ручным исследованием полости матки, группа 2 – без такового.

Основные характеристики новорожденных в таблице 2, не имели отличий у женщин двух групп – данные представлены

Таблица 2

Основные характеристики новорожденных у женщин с рубцом на матке, завершивших роды через естественные родовые пути

Признак	Группа 1 абс. (%)	Группа 2 абс. (%)	Стат. критерий	Стат. значимость
Пол, мальчик/девочка	16 (59,26)/ 11 (40,74)	16 (64,00)/ 9 (36,00)	$\chi^2 = 0,12,$ OR = 0,82, F = 0,78	p > 0,05
Вес, г	2914,07 ± 870,62	3257,60 ± 413,01	Uэмп = 269	p > 0,05
Длина, см	49,89 ± 4,16	51,68 ± 2,27	Uэмп = 256	p > 0,05
Окружность головы, см	33,11 ± 2,58	33,80 ± 1,47	Uэмп = 292	p > 0,05
Окружность груди, см	31,85 ± 2,68	32,88 ± 1,56	Uэмп = 240,5	неопределенно
Оценка по шкале Апгар на 1-й мин	7,44 ± 0,89	7,84 ± 0,55	Uэмп = 253,5	p > 0,05
Оценка по шкале Апгар на 5-й мин	8,26 ± 0,59	8,64 ± 0,49	Uэмп = 225	неопределенно

Примечание: группа 1 – с контрольным ручным исследованием полости матки, группа 2 – без такового.

Вес плаценты (562,22 ± 101,08 г и 565,00 ± 92,50 г в группах соответственно (Uэмп = 319, p > 0,05)) и длина пуповины (60,42 ± 7,17 см в группе 1 и 61,84 ± 4,75 см в группе 2 (Uэмп = 285, p > 0,05)) не отличались.

Любая манипуляция на послеродовой матке связана с риском кровотечения, что и подтверждает величина кровопотери в родах: в группе 1 – 319,62 ± 92,97 мл и в группе 2 – 240,00 ± 38,19 мл (Uэмп = 142,5, p < 0,01).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, проведенное на 3-и сутки после родов, не вы-

явило отличий. Определены следующие размеры тела матки в группах 1 и 2 соответственно: длина 13,21 ± 1,03 см и 13,11 ± 1,17 см (Uэмп = 243,5, p > 0,05); толщина 7,47 ± 1,48 см и 7,43 ± 0,64 см (Uэмп = 236,5, p > 0,05); ширина 11,28 ± 1,14 см и 11,58 ± 0,80 см (Uэмп = 241, p > 0,05). Величина М-ЭХО составила 0,43 ± 0,05 см в группе 1 и 0,46 ± 0,12 см в группе 2 (Uэмп = 234,5, p > 0,05).

В табл. 3 представлены показатели общего анализа крови до и после родоразрешения.

Таблица 3

Основные показатели общего анализа крови до и после родоразрешения у женщин с рубцом на матке

Показатель	Группа 1 абс.	Группа 2 абс.	Стат. критерий	Стат. значимость
до родоразрешения				
Эритроциты, */л	3,78 ± 0,34	3,96 ± 0,35	Uэмп = 150,5	p > 0,05
Лейкоциты, */л	11,46 ± 3,95	8,40 ± 2,13	Uэмп = 103	p < 0,05
Гемоглобин, г/л	107,95 ± 17,51	109,53 ± 13,07	Uэмп = 188	p > 0,05
Тромбоциты, */л	241,52 ± 63,59	230,95 ± 68,08	Uэмп = 190	p > 0,05
СОЭ, мм/ч	35,12 ± 10,31	42,47 ± 17,76	Uэмп = 99	p > 0,05
после родоразрешения				
Эритроциты, */л	3,50 ± 0,38	3,74 ± 0,31	Uэмп = 210,5	неопределенно
Лейкоциты, */л	9,93 ± 2,22	10,33 ± 2,31	Uэмп = 309	p > 0,05
Гемоглобин, г/л	100,59 ± 16,47	106,08 ± 10,38	Uэмп = 257	p > 0,05
Тромбоциты, */л	258,22 ± 93,68	260,96 ± 88,97	Uэмп = 318,5	p > 0,05
СОЭ, мм/ч	40,11 ± 14,99	41,11 ± 18,79	Uэмп = 75	p > 0,05

Примечание: группа 1 – с контрольным ручным исследованием полости матки, группа 2 – без такового.

Количество лейкоцитов в мазке из уретры и цервикального канала перед выпиской не отличалось: уретра – 9,63 ± 12,56 в группе 1 и 13,64 ± 12,74 в груп-

пе 2 (Uэмп = 219, неопределенно); цервикальный канал – 15,74 ± 14,19 в группе 1 и 18,25 ± 15,30 в группе 2 (Uэмп = 290, p > 0,05).

В раннем неонатальном периоде потребовался перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных 4 (14,81 %) детям из группы 1 и 1 (44,00%) ребенку из группы 2 ($= 1,75$, $p > 0,05$); остальные выписаны под наблюдение участкового педиатра на $4,30 \pm 0,93$ и $4,54 \pm 1,10$ день соответственно ($U_{\text{Эмп}} = 245,5$, $p > 0,05$).

Ни одной женщине из группы 1 не потребовался перевод в другие отделения, в группе 2 одна женщина (4,00 %) переведена в гинекологическое отделение в связи с развившимся острым эндометритом ($= 1,1$, $p > 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Почти половина женщин с рубцом на матке отказываются от проведения ручного контроля полости

матки в раннем послеродовом периоде родов через естественные родовые пути.

Кровопотеря при проведении ручного контроля полости матки увеличивается незначительно, в среднем на 79 мл, и значимо не отражается на показателях эритроцитов и гемоглобина в общем анализе крови.

Течение послеродового периода, параметры послеродового УЗИ, необходимость перевода в другие отделения не отличаются у женщин с рубцом на матке с выполненным ручным контролем полости матки после родов через естественные родовые пути и без него.

Ведение родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке не сказывается на состоянии ребенка и его выписке домой в среднем на 4-е сутки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецов П. А., Князев С. А. Разрыв матки: уходим от рутинных процедур, развиваем безопасный подход // Status Praesens. 2018. № 3. С. 99–104.
2. Боженов К. А., Густоварова Т. А., Шифман Е. М. и др. Эпидуральная анальгезия и роды у женщин с рубцом на матке: какова степень риска? // Архив акушерства и гинекологии им. В. Ф. Снегирева. 2017. № 4 (4). С. 220–224.
3. Габидулина Р. И., Фаткуллин И. Ф., Шамсутдинова Л. Г. Влажные роды у женщин с рубцом на матке при неподготовленных родовых путях // Казан. мед. журн. 2007. № 2. С. 144–146.
4. Guise J.-M., Eden K., Emeis C. et al. Vaginal Birth after Cesarean: New Insights // Evid. Rep. Technol. Assess (Full Rep.). 2010. Vol. 191. P. 1–397.
5. Oxorn-foote Human Labor and Birth. / Ed. By Glenn Posner, Amanda Black and Griffith Jones. 6-th ed. McGraw-Hill Education, 2013. 928 p.
6. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics / Practice Bulletin №184: Vaginal Birth after Cesarean Delivery // Obstet Gynecol. 2017. Vol. 130, No. 5. P. e217–e233.
7. Corton M. M. Williams Obstetrics. 24th ed. NY : McGraw-Hill Education / Medical, 2014. 1376 p.
8. Perrotin F., Marret H., Fignon A. et al. Scarred Utrrus: is Routine Exploration of the Cesarean Scar after Vaginal Birth Always Necessary? // J Gynecol Obstet Biol Reprod. (Paris). 1999. Vol. 28, No. 3. P. 253–262.

REFERENCES

1. Kuznetsov P. A., Kniazev S. A. Razryv matki: ukhodim ot rutinnykh protsedur, razvivaem bezopasnyi podkhod // Status Praesens. 2018. No. 3. P. 99–104. (In Russian).
2. Bozhenkov K. A., Gustovarov T. A., Shifman E. M. et al. Epidural Analgesia and Labors in Women with a Uterine Scar: What is the Degree of Risk? // V. F. Snegirev Archives of Obstetrics and Gynecology. 2017. No. 4 (4). P. 220–224. (In Russian).
3. Gabidullina R. I., Fatkullin I. F., Shamsutdinova L. G. Vaginal Delivery in Patients with Uterine Scar and Unprepared Maternal Passages // Kazan. med. zhurn. 2007. No. 2. P. 144–146. (In Russian).
4. Guise J.-M., Eden K., Emeis C. et al. Vaginal Birth after Cesarean: New Insights // Evid. Rep. Technol. Assess (Full Rep.). 2010. Vol. 191. P. 1–397.
5. Oxorn-foote Human Labor and Birth. / Ed. By Glenn Posner, Amanda Black and Griffith Jones. 6-th ed. McGraw-Hill Education, 2013. 928 p.
6. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics / Practice Bulletin №184: Vaginal Birth after Cesarean Delivery // Obstet Gynecol. 2017. Vol. 130, No. 5. P. e217–e233.
7. Corton M. M. Williams Obstetrics. 24th ed. NY : McGraw-Hill Education / Medical, 2014. 1376 p.
8. Perrotin F., Marret H., Fignon A. et al. Scarred Utrrus: is Routine Exploration of the Cesarean Scar after Vaginal Birth Always Necessary? // J Gynecol Obstet Biol Reprod. (Paris). 1999. Vol. 28, No. 3. P. 253–262.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Дворянский Сергей Афанасьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, Кировский государственный медицинский университет; e-mail: dvorsa@kirovgma.ru.

Емельянова Дарья Игоревна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии, Кировский государственный медицинский университет; e-mail: Emelyanova.Darja@yandex.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Sergei A. Dvoryansky – Doctor of Science (Medicine), Professor, Head, Department of Obstetrics and Gynecology, Kirov State Medical University; e-mail: dvorsa@kirovgma.ru.

Daria I. Emelyanova – PhD (Medicine), Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Kirov State Medical University; e-mail: Emelyanova.Darja@yandex.ru.