

9. Воронова, Н. В. Подбор молекулярно-генетических маркеров для видовой диагностики тлей и построение филогенетических систем / Н. В. Воронова, В. П. Курченко, С. В. Буга // Молекулярная биология. Труды БГУ. — 2011. — Т. 6. — С. 181–192.
10. Underhill, P. A. The phylogeography of Y chromosome binary haplotypes and the origins of modern human populations / P. A. Underhill // Human Genetics. — 2001. — Vol. 65. — P. 43–62.
11. Ратнер, А. В. Молекулярная эволюция / А. В. Ратнер // Соросовский образовательный журнал. — 1998. — № 3. — С. 41–47.
12. Ратнер, В. А. Проблемы теории молекулярной эволюции. — Новосибирск: Наука, 1985. — 260 с.
13. Павлинов, И. Я. Основания новой филогенетики / И. Я. Павлинов // Журнал общей биологии. — 2004. — Т. 65, № 4. — С. 334–366.
14. Павлинов, И. Я. Введение в современную филогенетику (кладогенетический аспект). — М.: Изд-во КМК, 2005. — 391 с.
15. Павлинов, И. Я. Филогенетическое мышление в современной биологии / И. Я. Павлинов // Журнал общей биологии. — 2007. — Т. 68, № 1. — С. 19–34.
16. Филогенетические взаимоотношения эпидемически значимых для Беларуси неполомиелитных энтеровирусов / Т. В. Амвросьева [и др.] // Медицинский журнал. — 2009. — № 4. — С. 7–9.
17. Prospective identification of HEV-Benteroviruses during the 2005 outbreak / A. Mirand [et al.] // J. Med. Virol. — 2006. — Vol. 78. — P. 1624–1634.
18. Adenovirus-mediated gene transfer of interferon α inhibits hepatitis C virus replication in hepatocytes / K. Suzuki [et al.] // Biochem. and Biophys. Res. Commun. — 2003. — Vol. 307, № 4. — P. 814–819.
19. De Paula Vanessa, S. Genetic analysis of hepatitis A virus isolates from Brazil / S. De Paula Vanessa [et al.] // J. Med. Virol. — 2004. — Vol. 73, № 3. — P. 378–383.
20. Weber, B. The diagnostic and clinical impact of the genetic variability of the S (surface) gene of hepatitis B virus / B. Weber // Laboratoriumsmedizin. — 2004. — Vol. 28, № 1. — P. 56–69.
21. Subtype mutations in the envelope 2 region including phosphorylation homology domain of hepatitis C virus do not predict effectiveness of antiviral therapy / J. Quer [et al.] // J. Viral Hepatitis. — 2004. — Vol. 11, № 1. — P. 45–54.
22. Polymorphisms of NSSB protein relates to early clearance of hepatitis C virus by interferon plus ribavirin / N. Kumagai [et al.] // J. Viral Hepatitis. — 2004. — Vol. 11, № 3. — P. 225–235.
23. Phylogenetic analysis of hepatitis C virus isolates from Tunisian patients / A. Djebbi [et al.] // Eur. J. Epidemiol. — 2004. — Vol. 19, № 6. — P. 555–562.
24. Chronic hepatitis delta virus infection with genotype IIb variant is correlated with progressive liver disease / H. Watanabe [et al.] // J. Gen. Virol. — 2003. — Vol. 84, № 12. — P. 3275–3289.
25. Genotype, serotype, and phylogenetic characterization of the complete genome sequence of hepatitis B virus isolates from Malawian chronic carriers of the virus / F. Sugauchi [et al.] // J. Med. Virol. — 2003. — Vol. 69, № 1. — P. 33–40.
26. Титов, Л. П. Классификация, номенклатура и эволюция значимых для медицины бактерий / Л. П. Титов // Медицинский журнал. — 2006. — № 1. — С. 13–18.
27. Mycobacterium tuberculosis complex lipid virulence factors preserved in the 17,000-year-old skeleton of an extinct bison, Bison antiquus / O. Y. Lee [et al.] // PLoS One. — 2012. — Vol. 7, № 7. — P. 419–423.
28. First report of Mycobacterium bovis DNA in human remains from the Iron Age / G. M. Taylor [et al.] // Microbiology. — 2007. — Vol. 153, № 4. — P. 1243–1249.

Поступила 18.04.2014

УДК 618.514-001.48:[618.4+618.5-085]:618.5-089.888.61(048.8)

РАЗРЫВ МАТКИ ПРИ СПОНТАННЫХ И ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДАХ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ОЦЕНКА РИСКОВ

О. А. Теслова

Гомельский государственный медицинский университет

Цель: оценить по данным современных публикаций риск разрыва матки и успешность попытки вагинальных родов после кесарева сечения при спонтанном и индуцированном вагинальном родоразрешении пациенток с рубцом на матке.

Материал и методы. Проведен обзор и систематизация современных публикаций по проблеме разрыва оперированной матки в родах, рассчитаны шансы успешности попытки вагинальных родов при спонтанном их начале и их индукции, риски её неудач и разрыва матки.

Результаты. В статье приведены результаты исследований возможности и безопасности родоразрешения пациенток с оперированной маткой через естественные родовые пути. Установлено, что в современных условиях оказания медицинской помощи пациенткам разрыв матки происходит в 1,0–2,3 % случаев, частота успешного вагинального родоразрешения после кесарева сечения составляет 69,3–73,2 %.

Заключение. На основании проведенного исследования установлено, что шансы разрыва оперированной матки при родоразрешении через естественные родовые пути составляют 0,00006–0,00036, шансы успешности вагинального родоразрешения пациенток с рубцом на матке — 4,47–5,02. Спонтанно начавшиеся роды у пациенток с оперированной маткой имеют статистически более высокий риск неудачи завершиться через естественные родовые пути ($p < 0,0001$), однако сопряжены со значимо меньшим риском разрыва матки ($p < 0,0001$).

Ключевые слова: разрыв матки, вагинальные роды после предшествующего кесарева сечения (ВРпКС), попытка вагинальных родов после предшествующего кесарева сечения (ПВРпКС), индуцированные роды.

UTERINE RUPTURE IN SPONTANEOUS AND INDUCED LABOR AFTER CESAREAN SECTION: LITERATURE REVIEW AND ASSESSMENT OF RISKS

O. A. Teslova

Gomel State Medical University

Aim: based on the data of recent publications to assess the risk of uterine rupture and success of the trial of labor after Cesarean in spontaneous and induced vaginal delivery in patients with a uterine scar.

Material and methods. We reviewed and systematized the recent publications on the problem of operated uterine rupture and calculated the chances for successful trial of spontaneous and induced vaginal delivery, risks for its failure and uterine rupture.

Results. The article presents the possibilities and safety of vaginal delivery in patients with the operated uterus. It was found out that in modern conditions the uterine rupture occurs in 1,0–2,3 % of cases, the rate of successful vaginal birth after Cesarean section is 69,3–73,2 %.

Conclusion. The research showed that the rupture of the operated uterus during vaginal delivery is possible in 0,0006–0,00036 cases, the chances for successful vaginal delivery in patients with uterine scars are 4,47–5,02. Spontaneous labor in women with the operated uterus has a statistically higher risk of failure in natural maternal passages ($p < 0,0001$), but paired with a significantly lower risk for uterine rupture ($p < 0,0001$).

Key words: uterine rupture, trial of labor after Cesarean (TOLAC), vaginal birth after Cesarean (VBAC), labor induction.

Введение

Разрыв матки является грозным акушерским осложнением, представляющим нарушение целостности стенок матки. В настоящее время используется несколько номенклатурных определений разрыва матки, разработанных Л. С. Персианиновым (1964 г.) [1], согласно которым разрыв матки классифицируют по времени происхождения (при беременности и в родах), патогенетическому признаку (самопроизвольные и насильственные), по клиническому течению (угрожающий, начавшийся и совершившийся), по характеру повреждения (надрыв, неполный и полный разрыв) и по локализации (в дне, в теле и в нижнем сегменте матки, отрыв матки от сводов влагалища).

Классический спонтанный разрыв неизменной матки чаще происходит в процессе родового акта при преодолении плодом сопротивления родового канала (по Л. Бандлю). Клиническими проявлениями разрыва матки в большинстве случаев являются совокупность нескольких симптомов, формирующих болевой и геморрагический синдромы, диагнозы клинически узкого таза и аномалий родовой деятельности, дистресс-синдром плода, симптомокомплексы раздражения брюшины, поражения соседних органов и шока, который может носить полиэтиологичный характер.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра предстает все разрывы матки в двух подрубриках рубрики O71 — Другие акушерские травмы: O71.0 — Разрыв матки до начала родов и O71.1 — Разрыв матки во время родов.

По данным мировой статистики, страновые различия частоты кесарева сечения составляют от 25 до 50 %, но повсеместно отмечается увеличение частоты оперативного абдоминального родоразрешения [2]. Если тренд оперативного родоразрешения сохранится, то к 2020 г. частота кесарева сечения достигнет 56,2 % [3]. В связи с этим в современных условиях оказания медицинской помощи пациенткам разрыв матки по рубцу преобладает и будет доминировать в качестве наиболее распространенной причины в структуре данной патологии во время беременности и в родах.

Выделяют следующие виды разрывов оперированной матки [4]:

1. Разрыв по рубцу после предшествующей операции кесарева сечения или гистеротомии:

— по поперечному рубцу в нижнем сегменте матки;

— после корпорального разреза.

2. Разрыв по рубцу после предшествующей миомэктомии.

3. Разрыв по рубцу после восстановления предшествующего разрыва матки.

4. Разрыв по рубцу после удаления добавочного рога матки.

5. Разрыв по рубцу после предшествующей перфорации матки.

6. Разрыв по рубцу после предшествующей метропластики.

7. Разрыв по рубцу после травматического повреждения матки.

По классическим представлениям частота разрывов матки по рубцу при спонтанном вагинальном родоразрешении после предшествующей операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки составляет 0,5 %, после корпорального кесарева сечения — до 4,0 %. Индуцированные роды у женщин с рубцом в нижнем сегменте матки повышают риск последующего разрыва до 0,2–1,5 % [5, 6]. По последним данным, риск разрыва матки после предшествующего планового кесарева сечения составляет 0,24 % по сравнению с 0,16 % — после кесарева сечения, проведенного по экстренным показаниям в родах [7].

Частота материнской смертности при вагинальных родах после кесарева сечения (vaginal birth after Cesarean, или аббревиатура VBAC, в русскоязычном эквиваленте — ВРпКС (авт.)) составляет 0,02 % [8], частота перинатальных потерь — 0,13 % [9]. Наличие рубца на матке ассоциировано с увеличением частоты предлежания плаценты с ее истинным приращением, что, в свою очередь, повышает частоту последующей гистерэктомии, геморрагического шока и трансфузионной терапии, тромбоемболических и инфекционных осложнений, травм органов мочеполовой системы [8]. Особенностью разрывов матки по рубцу является атипичность клинической картины и более высокая вероятность разрывов во время беременности.

Современный подход к родоразрешению женщин с рубцом на матке, провозглашенный Американским колледжем акушерства и гине-

кологии, гласит, что большинство женщин с одним кесаревым сечением в анамнезе, произведенным поперечным разрезом в нижнем сегменте матки, должны рассматриваться в качестве кандидатов для вагинального родоразрешения, и им должна быть предложена попытка вагинальных родов после предшествующей операции кесарева сечения (trial of labor after Cesarean, или аббревиатураTOLAC, в русскоязычном эквиваленте — ПВРпКС (авт.)) [10]. Тем не менее тщательное прогнозирование риска разрыва матки по рубцу должно рассматриваться в качестве неоспоримого критерия возможности вагинального родоразрешения у женщин с рубцом на матке.

Цель исследования

Оценить по данным современных публикаций риск разрыва матки и успешность попытки вагинальных родов после кесарева сечения при спонтанном и индуцированном вагинальном родоразрешении пациенток с рубцом на матке.

Материалы и методы

Проведен поиск и изучение публикаций по тематике исследования в поисковых системах Pub Med, Science Direct, Google Scholar и Cochrane Library. Поисковыми терминами явились: «разрыв матки» («uterine rupture»), «расхождение шва на матке» («uterine scar dehiscence»), «вагинальные роды/родоразрешение через естественные родовые пути после кесарева сечения» («vaginal birth/labor after Cesarean section (VBAC)»), «попытка родов после кесарева сечения» («trial of labor after cesarean (TOLAC)»). Критерием включения публикаций в исследование явилось указание авторами конечных эффектов изучаемых нами явлений. Глубина поиска составила 5 лет.

По результатам изученных публикаций рассчитаны:

1) частота (P, %) и шансы (OR) разрыва матки и соответствующие показатели успешности попытки вагинальных родов после кесарева сечения при спонтанном начале родовой деятельности и ее индукции внутри сформированных групп;

2) относительный риск (RR) разрыва матки и риск неудачной попытки ВРпКС при спонтанном начале родов по сравнению с индукцией.

Все величины приведены с 95 % достоверными интервалами (CI).

Обработка данных произведена в пакете прикладного программного обеспечения «MedCalc 10.2.0.0» (MedCalc, Mariakerke, Belgium).

Результаты и обсуждение

В современных условиях оказания медицинской помощи подходы к организации родоразрешения пациенток с рубцом на матке не отличаются принципиально от таковых при интактной матке и включают 2 основных направления: ожидание спонтанного начала родовой деятельности и индукцию родов. Публикации о спонтанно

начавшихся ВРпКС в основном являются описательными ретроспективными и основываются на изучении медицинской документации пациенток за несколько лет работы клиники.

Примером этому является проведенное V. Revicky с соавт. изучение серии случаев разрыва матки. Частота данного осложнения составила 0,03 % от всех родов, произошедших в клинике, частота разрыва матки по рубцу — 75,0 % в серии. На основании собственных наблюдений авторы отметили, что наиболее частым признаком разрыва матки по рубцу является не болевой и геморрагический синдромы, а дистресс плода. Факторами риска разрыва матки в представленной серии явились: наличие рубца на матке, паритет, разгибательные предлежания плода, узкий таз, аномалии развития матки, использование простагландинов для стимуляции родовой деятельности [11].

J. Deline с соавт. провел ретроспективное исследование исходов ВРпКС в клинике, где частота оперативного родоразрешения достаточно низка и составляет 4,0 %, а частота попытки вагинальных родов у пациенток с рубцом на матке — 100,0 %. Успешность ПВРпКС составила 95,0 %. Авторами не отмечено негативных исходов у матерей (таких как разрыв матки и материнская смертность) [12].

В исследовании A. Studsgaard с соавт. были изучены исходы для матери и ребенка при ПВРпКС и родоразрешения путем элективной операции кесарева сечения по просьбе пациентки. Частота успешности вагинального родоразрешения в группе ПВРпКС составила 67,0 %, разрыв матки произошел в 1,3 % случаев. Факторами, ассоциированными с разрывом матки, явились использование эпидуральной анестезии в родах и отсутствие вагинальных родов в анамнезе [13].

В ретроспективном исследовании H. Hochler с соавт. изучены исходы ПВРпКС у многорожавших пациенток (случаи шестых и более родов в анамнезе, из которых одни закончились операцией кесарева сечения). Частота разрыва матки составила 0,3 %. Показано, что стимуляция родовой деятельности не увеличивает риск разрыва матки, однако он возрастает при вагинальных родах, следующих непосредственно за оперативным родоразрешением, и при дистотии плечиков [14].

Исходы для пациенток, имеющих в анамнезе кесарево сечение, показанием к которому явилась неудачная попытка оперативного вагинального родоразрешения, представлены в публикации N. Melamed с соавт. Ретроспективный анализ, включавший результаты изучения медицинской документации, показал, что частота успешной ПВРпКС составила 61,3 %, при этом в выборке не зарегистрировано ни

одного случая разрыва или несостоятельности рубца на матке. Успешность вагинального родоразрешения снижалась при заднем виде затылочного предлежания, затяжном течении второго периода родов, возрасте матери более 30 лет, весе плода, превышающем вес предыдущих детей [15].

Частота разрыва матки в 1,1 % случаев зафиксирована в когортном исследовании М. С. Fagerberg с соавт. Ими проведен анализ Шведского регистра пациенток с ВРпКС, у которых успешность ПВРпКС составила 69,5 %. Факторами, снижающими эффективность ПВРпКС, явились: паритет, тазовое предлежание плода и предлежание плаценты в предыдущих родах, макросомия плода и диабет матери — при настоящей беременности, а также осложнения, возникшие в процессе родоразрешения [16].

В публикации А. В. Залесного приведены результаты собственных наблюдений за пациентками с оперированной маткой и спонтанно начавшимися родами. Угрожающий разрыв матки диагностирован в 2,3 % случаев; кесарево сечение произведено в 16,7 % по причине аномалий родовой деятельности в сочетании с внутриутробной гипоксией плода [17].

Исследованием Ф. Моне с соавт. установлено, что шансы ПВРпКС повышаются с увеличением интервала между кесаревым сечением и вагинальными родами и при наличии вагинальных родов в анамнезе. В группе пациенток с ПВРпКС успешность составила 63,9 %, частота разрыва матки — 0,5 % [18].

По данным собственных исследований И. Г. Нежданова с соавт. при спонтанном начале родовой деятельности разрыв матки по рубцу развивается в 1,5 % случаев, при этом авторами отмечено, что риск разрыва выше у рожениц при сравнении с беременными [19].

Также изучены две публикации с результатами оригинальных исследований по родоразрешению пациенток с рубцом на матке, носивших наблюдательный характер.

Г. О. Ugwu с соавт. провел собственное проспективное исследование исходов попытки вагинальных родов у женщин с единственным кесаревым сечением в анамнезе, соответствовавших критериям безопасного вагинального родоразрешения пациенток с рубцом на матке. Успешность ПВРпКС составила 50 %. Авторами не зафиксировано фатальных исходов для матерей (разрыв матки, материнская смертность), а показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения в родах у пациенток с ПВРпКС явились неудачная попытка родов (90,2 %) и другие нефатальные акушерские показания [20].

Основной целью исследования J. M. Madi с соавт. было изучение вклада ВРпКС в перинатальную заболеваемость. Дизайн предусматривал проведение исследования «случай-контроль» ме-

жду повторнородящими женщинами с ВРпКС и пациентками с рубцом на матке, родоразрешенными повторно путем операции кесарева сечения. Частота успешности ВРпКС составила 45,6 %; отмечена 0,3 % частота разрыва матки [21].

В оригинальных исследованиях, проводимых в последние годы, в основном изучаются результаты интервенций по индукции родов у пациенток с рубцом на матке. Для этого авторы используют и сравнивают различные методики: трансцервикальное введение катетера Фолея, применение препаратов простагландинов E2 и E1 с последующей амниотомией или внутривенным введением препаратов простагландинов или окситоцина. Лишь в одном исследовании, проведенном Р. Geetha, сравнивались исходы родов у пациенток с рубцом на матке при индукции вагинальными препаратами простагландина E2 и спонтанным началом родовой деятельности. Успех ПВРпКС составил 65,2 % в группе индукции и 79,0 % в группе ВРпКС. Доминирующими показаниями к завершению родов путем операции кесарева сечения явились аномалии родовой деятельности и дистресс плода. Разрывов матки в обеих группах не было [22].

Следует отметить, что работы, посвященные изучению различных методик индукции родов у пациенток с рубцом на матке, имеют существенное отличие от наблюдательных, заключающееся в тщательном отборе пациенток, имеющих наиболее благоприятный прогноз для родоразрешения через естественные родовые пути. Соответственно, некоторые исследования остаются даже незавершенными, если достигается критическое значение реализованного риска осложнений (в данном случае — разрыва матки).

Согласно Кохрейновскому обзору М. Jozwiak и J. M. Dodd двух публикаций по результатам индукции родовой деятельности у пациенток с кесаревым сечением в анамнезе, в настоящее время не накоплено достаточного объема исследований о безопасности той или иной методики. Однако ими отмечено, что относительный риск разрыва матки в 3,0 раза выше при применении вагинальных препаратов простагландина E2 в сочетании с окситоцином и в 6,1 раза выше при применении препаратов простагландина E1 при сравнении с моно-окситоцин индукцией родов. Общая частота разрыва матки в сформированной выборке составила 3,8 %, что послужило основанием для прекращения исследований [23]. Одновременно М. Jozwiak с соавт. опубликовал результаты ретроспективного когортного исследования эффективности трансцервикального использования катетера Фолея у пациенток с кесаревым сечением в анамнезе. По данным авторов при этом способе индукции частота разрыва матки составила 4,8 %, успешность ПВРпКС — 71,0 % [24].

В оригинальном клиническом исследовании F. Ziyauddin с соавт. сформировал две группы пациенток, имеющих один рубец на матке после кесарева сечения в нижнем сегменте. В первой группе произведена индукция созревания шейки матки путем трансцервикального введения катетера Фолея и его заполнения 30 мл стерильной воды с последующей амниотомией и внутривенным введением окситоцина при достижении зрелости шейки матки. Во второй группе для индукции использовано интравагинальное введение геля с простагландином E₂; повторное введение проводилось при недостаточно зрелой шейке матки, а при зрелой — амниотомия с последующим введением окситоцина внутривенно. Частота ВРпКС в первой группе составила 71,4 %, во второй — 60 %. Неудачная ПВРпКС диагностирована у 5,7 % пациенток первой и 11,4 % — второй группы. Согласно данным исследования, в выборке не было ни одного случая разрыва матки, однако отмечено, что дистресс плода развился в 15,7 % случаев, напряженность рубца диагностирована у 4,3 % пациенток, аномалии родовой деятельности — у 5,7 % [25].

Результаты индукции созревания шейки матки ретроспективно изучены группой авторов во главе с T. Schmitzgh и наблюдении за пациентками с одним неосложненным кесаревым сечением в анамнезе. Созревание шейки матки у части пациенток достигалось путем внутривенного и интрацервикального применения препаратов простагландина E₂ или интрацервикального простагландина E₂ и интравагинального применения препарата простагландина E₁, после чего при зрелой шейке индукция родов продолжалась путем внутривенного введения раствора окситоцина; при наличии у пациентки зрелой шейки матки выжидали спонтанного начала родовой деятельности. Частота ВРпКС составила 76,3 %; кесарево сечение в родах произведено ввиду неудачной попытки индукции родов, аномальной ЧСС плода, подозрения на разрыв матки и других акушерских

показаний. Частота подтвержденного разрыва матки составила 2,5 %, из них полный разрыв произошел в 0,9 % случаев, неполный — в 1,6 %. Сопутствующие патологические состояния включали травматическое повреждение мочевого пузыря и послеродовое кровотечение. Авторами отмечено, что высокая частота удачной ПВРпКС ассоциирована со спонтанным началом родовой деятельности, для коррекции которой не потребовалось введения окситоцина [26].

J. F. Raja с соавт. разрабатывал систему прогнозирования успешности индукции ВРпКС для женщин с одним кесаревым сечением в анамнезе при индукции родов препаратами простагландина E₂ с вагинальным способом применения. Оценочными признаками являлись: возраст матери, срок беременности, показания к кесареву сечению при предыдущих родах, вагинальное родоразрешение до или после предшествующего кесарева сечения, зрелость шейки матки по шкале Bishop и индекс массы тела. Частота успешной индукции составила 67,0 %; ее успешность возрастала пропорционально увеличению баллов разработанной авторами шкалы. Не отмечено ни одного случая разрыва матки в выборке [27].

Группа под руководством L. Shatz провела популяционное исследование, в котором установлено, что частота вагинальных родов при индукции у пациенток с рубцом после кесарева сечения составляет 67,4 %, а частота разрыва матки не различается у пациенток с индуцированной ПВРпКС по сравнению со спонтанно начавшимися ВРпКС [28].

На основании результатов изученных исследований установлено, что частота разрыва матки при спонтанных родах составляет 1,0 % (95 % CI 0,9–1,1 %), при индуцированных — 2,3 % (95 % CI 1,9–2,8 %), что продемонстрировано на рисунках 1 и 2. Шансы разрыва матки при выжидательной и активной тактике ведения пациенток составили OR 0,000060 (95 % CI 0,000025–0,000146) и OR 0,00036 (95 % CI 0,00012–0,00109) соответственно.

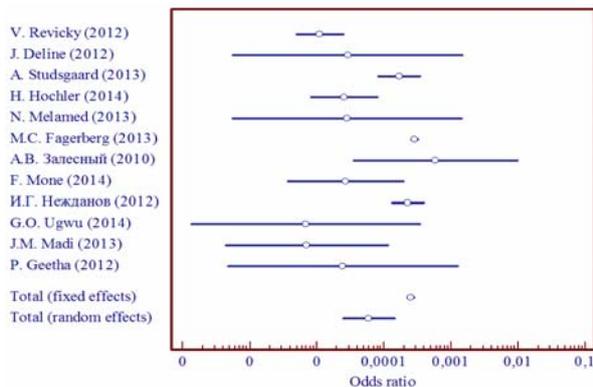


Рисунок 1 — Forest-plot диаграмма шансов разрыва матки при спонтанных вагинальных родах после кесарева сечения

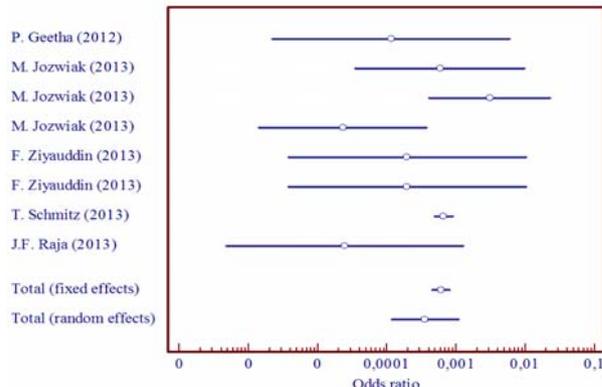


Рисунок 2 — Forest-plot диаграмма шансов разрыва матки при индуцированных вагинальных родах после кесарева сечения

Вычислены шансы успешности вагинального родоразрешения пациенток с рубцом на матке при

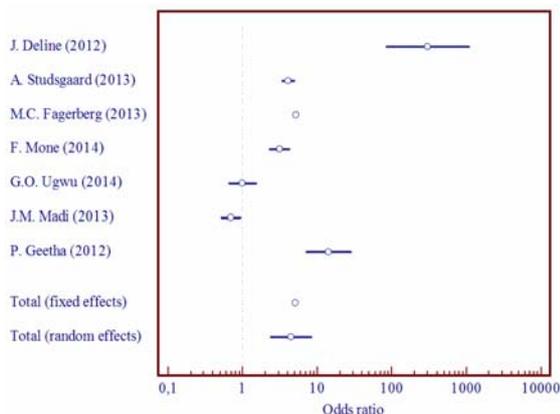


Рисунок 3 — Forest-plot диаграмма шансов успешного завершения спонтанных вагинальных родов после кесарева сечения

Средняя частота успешного вагинального родоразрешения при спонтанных родах составляет 69,3 % (95 % CI 68,9–69,6 %), при индуцированных — 73,2 % (95 % CI 72,0–74,3 %); соответствующие величины обобщенного рандомизированного отношения шансов — OR 4,47 (95 % CI 2,42–8,28) и OR 5,02 (95 % CI 3,09–8,15).

Установлено, что риск неудачной попытки вагинальных родов после кесарева сечения при спонтанном их начале в 1,15 раза выше по сравнению с индукцией, различия статистически значимы (95 % CI 1,10–1,20, $Z = 5,92$, $p < 0,0001$). Однако риск разрыва матки значимо ниже у пациенток, которым не проводилась индукция родоразрешения — RR 0,45 (95 % CI 0,36–0,56, $Z = 7,20$, $p < 0,0001$).

Заключение

На основании проведенного исследования установлено, что шансы разрыва оперированной матки при родоразрешении через естественные родовые пути составляют 0,00006–0,00036, шансы успешности вагинального родоразрешения пациенток с рубцом на матке — 4,47–5,02. Спонтанно начавшиеся роды у пациенток с оперированной маткой имеют статистически более высокий риск неудачи завершиться через естественные родовые пути ($p < 0,0001$), однако сопряжены со значимо меньшим риском развития разрыва матки ($p < 0,0001$).

Факторами, отягощающими прогноз ПВРпКС, являются: отсутствие вагинальных родов в анамнезе, аномалии родовой деятельности, осложняющие настоящие роды и требующие введения утеротонических средств, неправильные положения и предлежания плода, фетальный дистресс и возраст матери.

На основании полученных данных можно рекомендовать планировать роды у женщин с

спонтанном начале родовой деятельности и ее индукции, что продемонстрировано на рисунках 3 и 4.

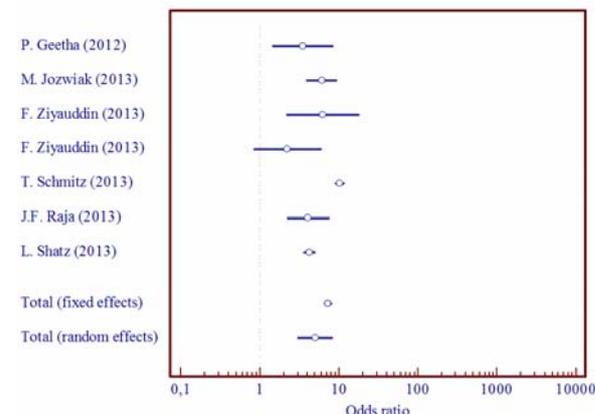


Рисунок 4 — Forest-plot диаграмма шансов успешного завершения индуцированных вагинальных родов после кесарева сечения

оперированной маткой через естественные родовые пути в качестве эффективного и безопасного метода родоразрешения при условии проведения тщательного отбора пациенток и учета рисков ожидания спонтанного начала родовой деятельности или ее индукции. Вагинальное родоразрешение пациенток с рубцом на матке должно проводиться только в стационарах III–IV уровня оказания перинатальной помощи.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Серов, В. Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / В. Н. Серов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 256 с.
2. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.who.int/bulletin/ru/>. — Дата доступа: 10.04.2014.
3. The effect of Cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality / K. N. Solheim [et al.] // J Matern Fetal Neonatal Med. — 2011. — Vol. 24, Is. 11. — P. 1341–1346.
4. Williams Obstetrics: 23rd Edition / F. G. Cunningham [et al.]. — McGraw-Hill Companies. — 2009. — 1404 p.
5. Comparison of a trial of labor with an elective second Cesarean section / M. J. McMahon [et al.] // N Engl J Med. — 1996. — Vol. 335. — P. 689–695.
6. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery / M. Lydon-Rochelle [et al.] // N Engl J Med. — 2001. — Vol. 345. — P. 3–8.
7. Risk of maternal and neonatal complications in subsequent pregnancy after planned caesarean section in a first birth, compared with emergency Caesarean section: a nationwide comparative cohort study / N. Kok [et al.] // BJOM. — 2014. — Vol. 121, Is. 2. — P. 216–223.
8. Silver, R. M. Maternal morbidity associated with multiple repeat Cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network / R. M. Silver, M. B. Landon, D. J. Rouse // Obstet Gynecol. — 2006. — Vol. 107. — P. 1226–1232.
9. Risk of perinatal death associated with labor after previous Cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies / G. C. Smith [et al.] // JAMA. — 2002. — Vol. 287. — P. 2684.
10. Vaginal birth after previous Cesarean delivery: ACOG Practice bulletin no. 115 // Obstet Gynecol. — 2010. — Vol. 116. — P. 450–463.
11. A case series of uterine rupture: lessons to be learned for future clinical practice / V. Revicky [et al.] // The Journal of Obstetrics and Gynecology of India. — 2012. — Vol. 62, Is. 6. — P. 665–673.

12. Low primary Cesarean rate and high VBAC rate with good outcomes in an Amish birthing center / J. Deline [et al.] // *Annals of Family Medicine*. — 2012. — Vol. 10, № 6. — P. 530–537.
13. Trial of labor compared to repeat Cesarean section in women with no other risk factors than a prior cesarean delivery / A. Studsgaard [et al.] // *Acta Obstet Gynecol Scand*. — 2013. — Vol. 92, Is. 11. — P. 1256–1263.
14. Safety of trial of labor after Cesarean delivery in grandmultiparous women / H. Hochler [et al.] // *Obstet Gynecol*. — 2014. — Vol. 123, Is. 2, Pt. 1. — P. 304–308.
15. Outcome of trial of labor after Cesarean section in women with past failed operative vaginal delivery / N. Melamed [et al.] // *Am J Obstet Gynecol*. — 2013. — Vol. 209, Is. 1. — P. 49.
16. Fagerberg, M. C. Indications for first Cesarean and delivery mode in subsequent trial of labour / M. C. Fagerberg, K. Marsal, P. Ekstrom // *Paediatr Perinat Epidemiol*. — 2013. — Vol. 27, Is. 1. — P. 72–80.
17. Залесный, А. В. Исходы родов у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения / А. В. Залесный // Конференция молодых специалистов медицинских учреждений Мурманской области (апрель, декабрь 2010 г., г. Мурманск): сб. матер., 2011 г., редкол.: А. Д. Рубин (пред.) и др. — Мурманск: МГОУНБ, 2011. — С. 15–20.
18. Predicting why women have elective repeat cesarean deliveries and predictors of successful vaginal birth after Cesarean / F. Mone [et al.] // *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. — 2014. — Article accepted. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: [http://www.ijgo.org/article/S0020-7292\(14\)00124-6/fulltext](http://www.ijgo.org/article/S0020-7292(14)00124-6/fulltext). — Дата доступа: 08.04.2014.
19. Некоторые аспекты разрыва матки по рубцу после операции кесарева сечения / И. Г. Нежданов [и др.] // *Медицинский вестник северного Кавказа*. — 2012. — № 2. — С. 82–83.
20. Maternal and perinatal outcomes of delivery after a previous Cesarean section in Enugu, Southeast Nigeria: a prospective observational study / G. O. Ugwu [et al.] // *International Journal of Women's Health*. — 2014. — Vol. 6. — P. 301–305.
21. Impact of vaginal delivery after a previous Cesarean section on perinatal outcomes / J. M. Madi [et al.] // *Rev Bras Ginecol Obstet*. — 2013. — Vol. 35, Is. 11. — P. 516–522.
22. Geetha, P. Induction of labour with prostaglandin E2 vaginal gel in women with one previous Caesarean section / P. Geetha // *Middle East Fertility Society Journal*. — 2012. — Vol. 17. — P. 170–175.
23. Jozwiak, M. Methods of term labour induction for women with a previous Caesarean section (Review) / M. Jozwiak, J. M. Dodd // *The Cochrane Library*. — 2013. — Is. 3. — 24 p.
24. Cervical ripening with Foley catheter for induction of labor after Cesarean section: a cohort study / M. Jozwiak [et al.] // *Acta Obstet Gynecol Scand*. — 2013. — Epub ahead of print [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12320/abstract;jsessionid=2D29EA7B8EC8B86A74E50B1929E901B6.f01t04>. — Дата доступа: 15.04.2014.
25. Ziyauddin, F. The transcervical Foley catheter versus the vaginal prostaglandin E2 gel in the induction of labour in a previous one Caesarean section — a clinical study / F. Ziyauddin, S. Hakim, S. Beriwal // *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. — 2013. — Vol. 7, Is. 1. — P. 140–143.
26. Cervical ripening with low-dose prostaglandins in planned vaginal birth after Cesarean / T. Schmitz [et al.] // *PLOS ONE*. — 2013. — Vol. 8, Is. 11. — e80903 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0080903>. — Дата доступа: 22.04.2014.
27. Raja, J. F. VBAC scoring: successful vaginal delivery in previous one Caesarean section in induced labour / J. F. Raja, K. T. Bangash, G. Mahmud // *J Pak Med Assoc*. — 2013. — Vol. 63, Is. 9. — P. 1147–1151.
28. Induction of labor after a prior Cesarean delivery: lessons from a population-based study / L. Shatz [et al.] // *J Perinat Med*. — 2013. — Vol. 41, Is. 2. — P. 171–179.

Поступила 05.05.2014

УДК 616-008.9:613.25

ОЖИРЕНИЕ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ (лекция, часть 1)

Н. М. Турченко, С. Ю. Турченко

Гомельская областная клиническая больница
Гомельский государственный медицинский университет

Ожирение — хроническое многофакторное гетерогенное заболевание, которое характеризуется избыточным накоплением жировой ткани в организме (у мужчин — не менее 20 %, у женщин — 25 % массы тела, индекс массы тела (ИМТ) более 25–30). Ожирение можно также охарактеризовать как нарушение обмена веществ у лиц с генетической предрасположенностью, приводящее к избыточному отложению жира в организме, увеличение массы тела более чем на 10 % в сравнении с физиологической нормой, оно может сопровождаться жировой дистрофией внутренних органов — сердца, печени, почек.

Ключевые слова: ожирение, факторы развития, патогенез, принципы терапии.

OBESITY: MODERN VIEW ON THE PROBLEM (lecture, part 1)

N. M. Turchenko, S. Yu. Turchenko

Gomel Regional Clinical Hospital
Gomel State Medical University

Obesity is a chronic multifactorial heterogeneous disease characterized by excessive accumulation of body fat (in men — at least 20 % and in women — 25 % of body weight, body mass index (BMI) is more than 25–30). Obesity can also be described as a metabolic disorder in individuals with genetic predisposition leading to excessive deposition of fat in the body weight, overweight being more than 10 % compared to the physiological norm, and may be accompanied by fatty degeneration of internal organs — heart, liver, kidneys.

Key words: obesity, development factors, pathogenesis, treatment principles.

Эпидемиология

Ожирение является распространенным нарушением обмена веществ и серьезной соци-

альной проблемой в экономически развитых странах. Ожирением страдают 20–30 % мужчин и 30–40 % женщин. ВОЗ рассматривает