

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ И ИСХОДЫ ПРОБНЫХ РОДОВ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

Насирова Зебинисо Азизовна

Халикова Ирода Тахировна

Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.22788503>

Актуальность. По данным анализа региональной статистики Янгиюльского района за 2021–2025 гг., частота кесарева сечения увеличилась с 28,9% до 41,8%, что свидетельствует о сохраняющейся тенденции к росту оперативного родоразрешения. При этом среди 1873 женщин с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения только 26 были родоразрешены через естественные родовые пути (VBAC-vaginal birth after cesarean). Суммарная доля VBAC за пятилетний период составила всего 1,4%, колеблясь по отдельным годам в пределах 0,9–1,8%. Таким образом, на фоне увеличения общей частоты кесарева сечения возможность вагинального родоразрешения женщин с рубцом на матке в реальной клинической практике используется крайне ограниченно.

Вместе с тем международные рекомендации рассматривают пробные роды после кесарева сечения — trial of labor after cesarean (TOLAC) — как обоснованный вариант родоразрешения для тщательно отобранных женщин с предшествующим кесаревым сечением. При благоприятной акушерской ситуации вероятность успешного VBAC составляет приблизительно 60–80%, а у женщин с предшествующими вагинальными родами может быть ещё выше (RCOG, 2015; ACOG, 2019). Успешный VBAC позволяет избежать повторного хирургического вмешательства и связанных с ним осложнений, а также уменьшает риски, обусловленные накоплением числа операций кесарева сечения при последующих беременностях (ACOG, 2019).

Однако результат TOLAC определяется совокупностью клиничко-анамнестических и акушерских факторов. Согласно данным систематических обзоров, вероятность успешного VBAC существенно связана с наличием вагинальных родов в анамнезе, особенно предыдущего успешного VBAC, причиной предшествующего кесарева сечения, индексом массы тела, возрастом женщины, характером начала родовой деятельности, необходимостью индукции родов, оценкой зрелости шейки матки и предполагаемой массой плода (Wu et al., 2019). В частности, наличие предшествующих вагинальных родов значительно повышает

вероятность успешного завершения TOLAC, тогда как ожирение, индукция родов, макросомия плода и предшествующее кесарево сечение по поводу дистоции ассоциируются со снижением вероятности VBAC (Wu et al., 2019).

При этом сама по себе зарегистрированная частота VBAC не отражает истинную частоту проведения TOLAC, поскольку часть пробных родов может завершаться экстренным повторным кесаревым сечением. Более того, именно неудачный TOLAC сопровождается более высоким риском материнских и перинатальных осложнений по сравнению с успешным VBAC, что подчёркивает особую значимость предварительного индивидуального прогнозирования его исхода (ACOG, 2019). Поэтому для расширения безопасного применения VBAC недостаточно только увеличения числа попыток вагинальных родов у женщин с рубцом на матке — необходим обоснованный отбор пациенток с учётом факторов, определяющих вероятность успешного родоразрешения.

Крайне низкая зарегистрированная частота VBAC определяет необходимость изучения клинико-anamнестических и акушерских факторов, ассоциированных с его исходом, на собственном клиническом материале. Выявление наиболее значимых прогностических критериев может стать основой для разработки дифференцированного подхода к отбору беременных с рубцом на матке для пробных родов и способствовать снижению частоты необоснованных повторных операций кесарева сечения при сохранении безопасности матери и плода.

Цель исследования — изучить клинико-anamнестические особенности беременных с рубцом на матке и оценить частоту и исходы пробных родов после кесарева сечения по данным ретроспективного анализа.

Материал и методы. Проведено ретроспективное когортное исследование на базе родильного отделения медицинского учреждения Янгиюльского района Ташкентской области. Проанализированы медицинские карты и истории родов женщин с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения, родоразрешённых в период с января 2021 г. по декабрь 2025 г.

За указанный период в учреждении были родоразрешены 1873 женщины с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения. Для углублённого клинико-anamнестического анализа отобраны 78 женщин, которым при отсутствии противопоказаний была предпринята попытка родов через естественные родовые пути после кесарева сечения — trial of



labor after cesarean (TOLAC). В зависимости от исхода TOLAC пациентки были разделены на две группы: **I группу составили 26 женщин с успешными вагинальными родами после кесарева сечения (VBAC — Vaginal Birth After Cesarean), II группу — 52 женщины, у которых TOLAC завершилась экстренным повторным кесаревым сечением.**

Критериями включения являлись: одноплодная беременность; головное предлежание плода; срок гестации 37–41 нед.; наличие одного рубца на матке после предшествующего кесарева сечения, выполненного поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте; отсутствие абсолютных показаний к плановому повторному кесареву сечению; удовлетворительное состояние матери и плода на момент поступления; наличие возможности динамического клинического и кардиотокографического наблюдения в процессе родов.

Критериями исключения служили: два и более кесаревых сечения в анамнезе; классический, корпоральный или Т-образный разрез на матке; предшествующий разрыв матки; миомэктомия с проникновением в полость матки; многоплодная беременность; тазовое или поперечное положение плода; предлежание плаценты и другие формы патологической плацентации, исключающие вагинальное родоразрешение; предполагаемая выраженная макросомия плода; клинически узкий таз; тяжёлая преэклампсия и другие состояния, требующие срочного оперативного родоразрешения; декомпенсированная экстрагенитальная патология, а также отсутствие необходимой информации в медицинской документации.

Для унифицированного сбора данных была разработана индивидуальная регистрационная карта. Анализировали возраст беременной, индекс массы тела, паритет, количество беременностей и родов, наличие самостоятельных вагинальных родов до или после предыдущего кесарева сечения, наличие успешного VBAC в анамнезе, показание к первому кесареву сечению, интергенетический интервал, срок гестации, предполагаемую массу плода, характер начала родовой деятельности, состояние шейки матки при поступлении и необходимость индукции или стимуляции родов.

Отдельно оценивали характер показания к предшествующему кесареву сечению с подразделением его на потенциально повторяющиеся и неповторяющиеся причины. К неповторяющимся относили тазовое предлежание плода, острый дистресс плода и другие обстоятельства, не



сохраняющиеся при последующей беременности; к потенциально повторяющимся — отсутствие прогрессирования родов, клиническое несоответствие размеров таза матери и головки плода и ряд других акушерских причин.

Состояние шейки матки при поступлении оценивали по степени её зрелости, включая раскрытие маточного зева, длину и консистенцию шейки, положение и высоту стояния предлежащей части. В процессе родов учитывали спонтанное или индуцированное начало родовой деятельности, применение окситоцина, продолжительность родов, состояние плода по данным кардиотокографии и причины перехода к экстренному оперативному родоразрешению.

Основным изучаемым исходом являлся результат TOLAC: успешные вагинальные роды (VBAC) либо экстренное повторное кесарево сечение. Дополнительно анализировали причины неуспешной TOLAC, частоту аномалий родовой деятельности, признаков угрожающего состояния плода, кровотечения и других акушерских осложнений.

Для определения факторов, ассоциированных с успешным VBAC, проводили сравнительный анализ клинико-анамнестических показателей между группами. Категориальные показатели сравнивали с использованием критерия χ^2 Пирсона или точного критерия Фишера, количественные данные — с применением параметрических или непараметрических методов в зависимости от характера распределения. Ассоциацию отдельных факторов с исходом TOLAC оценивали с расчётом отношения шансов (OR) и 95% доверительного интервала (95% CI). Для выявления независимых предикторов успешного VBAC предусматривали многофакторный логистический регрессионный анализ. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. За исследуемый период родоразрешены 1873 беременные с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения. Попытка родов через естественные родовые пути после кесарева сечения (TOLAC) была предпринята у 78 (4,2%) женщин. Успешными вагинальными родами после кесарева сечения (VBAC) TOLAC завершилась у 26 (33,3%) пациенток, тогда как у 52 (66,7%) женщин в процессе родов возникла необходимость выполнения экстренного повторного кесарева сечения.

Средний возраст включённых в исследование пациенток составил $29,8 \pm 4,1$ года, средний интергенетический интервал — $35,6 \pm 13,5$ мес., средний индекс массы тела — $27,5 \pm 4,1$ кг/м². При этом возраст женщин в

группах успешного и неуспешного TOLAC статистически значимо не различался: $28,8 \pm 3,7$ и $30,3 \pm 4,2$ года соответственно ($p=0,113$).

При сравнительном анализе установлено, что у женщин с успешным VBAC интергенетический интервал был достоверно больше и составил $41,2 \pm 13,4$ мес. против $32,8 \pm 12,7$ мес. в группе экстренного повторного кесарева сечения ($p=0,011$). Интервал между беременностями ≥ 24 мес. отмечен у 88,5% женщин с успешным VBAC и у 65,4% пациенток с неуспешным TOLAC ($OR=4,06$; 95% CI 1,07–15,38; $p=0,034$).

Одним из наиболее значимых факторов оказались вагинальные роды в анамнезе. Они имелись у 14 (53,8%) из 26 женщин с успешным VBAC и только у 10 (19,2%) из 52 пациенток, родоразрешённых экстренным кесаревым сечением. Наличие предыдущих вагинальных родов повышало вероятность успешного завершения TOLAC почти в 5 раз ($OR=4,90$; 95% CI 1,74–13,79; $p=0,004$). Наиболее выраженная ассоциация выявлена при наличии успешного VBAC в анамнезе: данный признак зарегистрирован у 26,9% женщин основной группы против 3,8% в группе неуспешного TOLAC ($OR=9,21$; 95% CI 1,75–48,34; $p=0,005$).

Индекс массы тела также был связан с исходом родов. У пациенток с успешным VBAC средний ИМТ составлял $25,7 \pm 3,1$ кг/м², тогда как при неуспешном TOLAC — $28,4 \pm 4,2$ кг/м² ($p=0,002$). ИМТ < 30 кг/м² отмечен соответственно у 80,8 и 55,8% женщин и ассоциировался с более высокой вероятностью вагинального родоразрешения ($OR=3,33$; 95% CI 1,09–10,19; $p=0,044$).

Существенное значение имело состояние родовых путей на момент поступления. Благоприятное состояние шейки матки (оценка по шкале Bishop ≥ 6 баллов) зарегистрировано у 76,9% женщин с успешным VBAC по сравнению с 42,3% при неуспешном TOLAC ($OR=4,55$; 95% CI 1,57–13,19; $p=0,004$). Спонтанное начало родовой деятельности также чаще наблюдалось при успешном VBAC — 84,6% против 59,6% соответственно ($OR=3,73$; 95% CI 1,12–12,38; $p=0,038$).

Кроме того, успешный исход TOLAC чаще отмечался у женщин, у которых предшествующее кесарево сечение было выполнено по неповторяющимся показаниям. Такие показания выявлены у 73,1% пациенток с успешным VBAC и у 46,2% женщин с последующим экстренным кесаревым сечением ($OR=3,17$; 95% CI 1,14–8,82; $p=0,031$).

Таким образом, с успешным завершением TOLAC наиболее тесно ассоциировались наличие вагинальных родов и особенно успешного VBAC



в анамнезе, интергенетический интервал ≥ 24 мес., ИМТ < 30 кг/м², благоприятное состояние шейки матки при поступлении, спонтанное начало родовой деятельности и неповторяющийся характер показания к предшествующему кесареву сечению. Полученные результаты подтверждают необходимость комплексной клинико-анамнестической оценки беременных с рубцом на матке при выборе способа родоразрешения.

Выводы.

1. Успешный исход TOLAC наиболее тесно ассоциирован с наличием вагинальных родов и успешного VBAC в анамнезе, интергенетическим интервалом ≥ 24 мес., ИМТ < 30 кг/м², благоприятным состоянием шейки матки и спонтанным началом родовой деятельности.

2. Комплексная оценка клинико-анамнестических и акушерских факторов позволяет выделить беременных с более высокой вероятностью успешного VBAC и может быть использована для обоснованного отбора пациенток для пробных родов после кесарева сечения.

Литература

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery // *Obstetrics & Gynecology*. – 2019. – Vol. 133, № 2. – P. e110–e127. – DOI: 10.1097/AOG.0000000000003078.
2. Barnea E. R., Ramasauskaite D., Ubom A. E. et al. FIGO good practice recommendations for vaginal birth after cesarean section // *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. – 2025. – Vol. 171, № 1. – P. 17–31. – DOI: 10.1002/ijgo.70406.
3. Bujold E., Gauthier R. J. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months // *Obstetrics & Gynecology*. – 2010. – Vol. 115, № 5. – P. 1003–1006. – DOI: 10.1097/AOG.0b013e3181d992fb.
4. Bujold E., Mehta S. H., Bujold C., Gauthier R. J. Interdelivery interval and uterine rupture // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2002. – Vol. 187, № 5. – P. 1199–1202. – DOI: 10.1067/mob.2002.127138.
5. Grobman W. A., Lai Y., Landon M. B. et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery // *Obstetrics & Gynecology*. – 2007. – Vol. 109, № 4. – P. 806–812. – DOI: 10.1097/01.AOG.0000259312.36053.02.
6. Grobman W. A., Sandoval G., Rice M. M. et al. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery in term gestations: a calculator without race and ethnicity //



American Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2021. – Vol. 225, № 6. – P. 664.e1–664.e7. – DOI: 10.1016/j.ajog.2021.05.021.

7. Grobman W. A., Sandoval G. J., Rice M. M. et al. Prediction of vaginal birth after cesarean using information at admission for delivery: a calculator without race or ethnicity // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2024. – Vol. 230, № 3S. – P. S804–S806. – DOI: 10.1016/j.ajog.2023.02.008.

8. Harper L. M., Macones G. A. Predicting success and reducing the risks when attempting vaginal birth after cesarean // *Obstetrical & Gynecological Survey*. – 2008. – Vol. 63, № 8. – P. 538–545. – DOI: 10.1097/OGX.0b013e31817f1505.

9. Hendler I., Bujold E. Effect of prior vaginal delivery or prior vaginal birth after cesarean delivery on obstetric outcomes in women undergoing trial of labor // *Obstetrics & Gynecology*. – 2004. – Vol. 104, № 2. – P. 273–277. – DOI: 10.1097/01.AOG.0000134784.09455.21.

10. 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 // *New England Journal of Medicine*. – 2004. – Vol. 351, № 25. – P. 2581–2589. – DOI: 10.1056/NEJMoa040405.

11. Macones G. A., Peipert J., Nelson D. B. et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2005. – Vol. 193, № 5. – P. 1656–1662. – DOI: 10.1016/j.ajog.2005.04.002.

12. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean birth: NICE guideline NG192. – London : NICE, 2021. – Updated 10 June 2025.

13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth: Green-top Guideline No. 45. – 2nd ed. – London : RCOG, 2015.

14. Shipp T. D., Zelop C. M., Repke J. T., Cohen A., Lieberman E. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture // *Obstetrics & Gynecology*. – 2001. – Vol. 97, № 2. – P. 175–177. – DOI: 10.1016/S0029-7844(00)01129-7.

15. Wu Y., Kataria Y., Wang Z., Ming W. K., Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis // *BMC Pregnancy and Childbirth*. – 2019. – Vol. 19, № 1. – Art. 360. – DOI: 10.1186/s12884-019-2517-y.

Zelop C. M., Shipp T. D., Repke J. T., Cohen A., Lieberman E. Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. – 2000. – Vol. 183, № 5. – P. 1184–1186. – DOI: 10.1067/mob.2000.109048.

