УДК 618.4+618.5-089.888.61

DOI: 10.17816/JOWD66382-88

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РОДОВ С РУБЦОМ НА МАТКЕ В РОДИЛЬНОМ ДОМЕ № 13 Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

© М.Д. Леонова¹, Е.В. Фредерикс¹, Ю.Р. Дымарская²¹СПб ГБУЗ «Родильный дом № 13», Санкт-Петербург;²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

Для цитирования: Журнал акушерства и женских болезней. – 2017. – Т. 66. – № 3. – С. 82–88. doi: 10.17816/JOWD66382-88

Поступила в редакцию: 14.04.2017

Принята к печати: 15.05.2017

■ **Введение.** В развитых странах попытка родов через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке давно не является неоправданным риском, а, наоборот, считается наиболее благоприятным исходом. В России, к сожалению, многие акушеры не рискуют предлагать беременной естественные роды при наличии рубца на матке, а врачи амбулаторного звена часто с ранних сроков беременности настраивают пациенток на абдоминальное родоразрешение. **Цель** — выявить особенности течения и исходов родов у беременных с рубцом на матке и определить возможные пути снижения частоты абдоминального родоразрешения у данных пациенток. **Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 337 историй родов пациенток с рубцом на матке, родоразрешившихся в 2016 г. в СПбГБУЗ «Родильный дом № 13». В основную группу вошли 189 пациенток, у которых были запланированы роды через естественные родовые пути, из них у 82 пациенток роды завершились в соответствии с ранее намеченным планом (подгруппа 1) и у 107 женщин роды завершились операцией кесарева сечения (подгруппа 2). Контрольную группу составили 148 женщин, родоразрешенных абдоминальным путем без попытки естественных родов. **Результаты.** Среди показаний к кесареву сечению в первых родах в подгруппе родивших через естественные родовые пути преобладали: тазовое, в том числе ножное, предлежание плода — 19,7 %, гипоксия плода — 22,4 % и аномалии сократительной деятельности матки — 13,2 %. Наиболее частыми показаниями к повторной операции во 2-й подгруппе явились: преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие спонтанной родовой деятельности (28 %), отсутствие биологической готовности организма к родам (21,5 %), аномалии родовой деятельности (18,7 %), гипоксия плода (14 %), патологический прелиминарный период (13,1 %), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (1,9 %), отсутствие эффекта от родовозбуждения (амниотомии) (1,9 %), клиническое несоответствие между тазом матери и головкой плода (0,9 %). Таким образом, процент успеха родов через естественные родовые пути составил 43,3 %. При этом факт наличия родовой деятельности при предшествующем родоразрешении не оказал влияния на способ родоразрешения при данной беременности. Объем кровопотери в случаях родов через естественные родовые пути был достоверно меньше, чем в подгруппах пациенток, родоразрешенных операцией кесарева сечения. **Выводы.** Проведенный анализ может позволить пересмотреть показания и сроки для повторного родоразрешения у беременных с рубцом на матке. Выделены группы резерва, имеющие высокие шансы естественных родов: пролонгирование беременности до 41-й недели, родовозбуждение и родостимуляция, консервативное ведение родов при предполагаемой макросомии, что, возможно, поможет снизить частоту повторного абдоминального родоразрешения, развитие интра- и послеоперационных осложнений.

■ **Ключевые слова:** кесарево сечение; роды, рубец на матке; миомэктомия.

THE EXPERIENCE OF VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN DELIVERY IN THE MATERNITY HOME NO 13 OF SAINT PETERSBURG

© M.D. Leonova¹, E.V. Frederiks¹, Y.R. Dymarskaya²¹Saint Petersburg State Budgetary Healthcare Institution “Maternity hospital No 13”, Saint Petersburg, Russia;²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

For citation: Journal of Obstetrics and Women's Diseases. 2017;66(3):82-88. doi: 10.17816/JOWD66382-88

Received: 14.04.2017

Accepted: 15.05.2017

■ **Introduction.** In developed countries the attempts of vaginal delivery after cesarian section are not an unjustified risk, but considered the most favorable outcome. In Russia, unfortunately, obstetricians do not risk offering a vaginal birth to pregnant women after cesarian section, and outpatient doctors often adjust the abdominal delivery from early stages of pregnancy. **The aim of the study:** to identify specifics of labor and outcome of delivery for vaginal birth after previous cesarean and determine possible ways to reduce the frequency of abdominal delivery in these patients. **Materials and methods.** We conducted a retrospective analysis of 337 histories of delivery of patients after previous cesarean in 2016 in "Maternity hospital No 13". The main group consisted of 189 patients to whom vaginal birth was planned, of which 82 patients completed the birth in accordance with the previous plan (subgroup 1) and 107 women completed cesarean section (group 2). The control group consisted of 148 women who had cesarean delivery without trial vaginal delivery. **Results.** Among the indications for the first cesarean section in the subgroup 1 were: breech malpresentation – 19.7%, fetal hypoxia – 22.4% and abnormalities of the uterine contractile activity – 13.2%. The most common indications for a second operation in the 2nd subgroup were: premature rupture of amniotic fluid and absence of spontaneous labor (28%), lack of cervical maturity (21.5%), abnormalities of the uterine contractile activity (18.7%), fetal hypoxia (14%), abnormal preliminary period (13.1%), placental abruption (1.9%), absence of the effect of induction (amniotomy) (1.9%), cephalopelvic disproportion (0.9%). Thus, the percentage of success of vaginal delivery was 43.3%. At the same time, the fact of the presence of uterine contractions during the previous delivery did not affect the mode of delivery in this pregnancy. The volume of blood loss in cases of vaginal delivery was significantly less than in the subgroups of patients delivered by cesarean section. **Conclusions.** The analysis may lead to reviewing indications and terms for the birth after cesarean. Reserve groups have been defined for high chances of vaginal delivery: prolongation of pregnancy up to 41 weeks, induction and augmentation of labor, conservative management of labor with presumed macrosomia, that may help reduce the frequency of repeated abdominal delivery, development of intra- and postoperative complications.

■ **Keywords:** cesarean section; labor; VBAC; myomectomy.

Введение

Частота абдоминального родоразрешения увеличилась в мире с 6,7 % в 1990 г. до 19,1 % в 2014 г. [1]. В Российской Федерации частота кесарева сечения также продолжает расти и достигла 26,4 % в 2014 г. [2]. В развитых странах попытка родов через естественные родовые пути у беременных с рубцом на матке давно не является неоправданным риском, а, наоборот, считается наиболее благоприятным исходом. Создаются рекомендации, проводится множество ретроспективных исследований, в США даже создан калькулятор расчета возможного процента успеха естественных родов после предыдущего кесарева сечения — и все для возможного снижения частоты повторного абдоминального родоразрешения [3]. Метаанализы показали преимущество естественных родов против повторного кесарева сечения как способа снижения риска предлежания и вставания плаценты в последующую беременность и, как следствие, материнской смертности. При этом риски гистерэктомии, гемотрансфузии и послеродового эндометрита существенно не различались [4].

В России, к сожалению, многие акушеры не рискуют предлагать беременной естественные роды при наличии рубца на матке, а врачи амбулаторного звена часто с ранних

сроков беременности настраивают пациенток на абдоминальное родоразрешение. Имея соответствующее оснащение, круглосуточную анестезиологическую и неонатальную службу, высокий уровень подготовки акушеров-гинекологов, мы можем предложить вагинальное родоразрешение всем беременным с рубцом на матке, не имеющим абсолютных показаний к повторному кесареву сечению. Камнем преткновения в данной ситуации выступает категорическое нежелание беременной рожать через естественные родовые пути, часто связанное не с объективными рисками разрыва матки, а с попыткой двигаться по пути наименьшего сопротивления, подпитанное врачом женской консультации. Негативный опыт первых родов, повсеместная пропаганда кесарева сечения, как наилучшего способа родоразрешения, создают дополнительные трудности на пути снижения частоты абдоминального родоразрешения у беременных, имеющих высокие шансы родить через естественные родовые пути.

С нашей точки зрения, освещение результатов успешного вагинального родоразрешения у беременных с рубцом на матке должно показать отечественным акушерам положительный пример, вселить уверенность и рассеять страхи, связанные с ведением родов у данного контингента пациенток.

Цель — выявить особенности течения и исходов родов у беременных с рубцом на матке и определить возможные пути снижения частоты абдоминального родоразрешения у данных пациенток.

Материалы и методы

В СПбГБУЗ «Родильный дом № 13» за 2016 г. проведено 364 родов у женщин с рубцом на матке, что составило 8,7 % от общего числа родов. Нами проведен ретроспективный анализ историй родов 337 женщин, имевших рубец на матке, родоразрешенных в СПбГБУЗ «Родильный дом № 13» в 2016 г., которые по результатам анализа были разделены на две группы:

- *основную группу* составили 189 женщин, которым были запланированы роды через естественные родовые пути, из них:
 - 82 женщины, родившие через естественные родовые пути (подгруппа 1);
 - 107 женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения (подгруппа 2);
- *контрольную группу* составили 148 женщин, родоразрешенных операцией кесарева сечения без попытки естественных родов.

Критериями исключения из основной группы явились: травмы и аномалии костного таза, тяжелая соматическая патология, преэклампсия тяжелой степени, многоплодная беременность, предполагаемая макросомия плода, прогрессирующая плацентарная недостаточность, неправильные положения и предлежание плода, атипичное расположение рубца на матке, наличие двух и более рубцов на матке, рубцовая деформация шейки матки, пластика мышц тазового дна в анамнезе, категорический отказ пациентки от естественных родов.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием персонального компьютера, программного обеспечения Microsoft Excel 2013 и программы Statistica 10.0.

Результаты исследования

Средний возраст женщин основной группы был достоверно меньше и составил $32,1 \pm 0,33$ года, а в группе контроля — $33,5 \pm 0,37$ года ($p = 0,005$), а индекс массы тела оказался достоверно больше у женщин, родоразрешенных операцией кесарева сечения ($30,04 \text{ кг/м}^2$), нежели у родивших через естественные родовые пути ($28,59 \text{ кг/м}^2$, $p = 0,04$). Срок беременности на момент родов в группе контроля также оказался достоверно меньше

и составил $38,5 \pm 0,15$ недели, а в основной группе — $39,46 \pm 0,13$ недели ($p = 0,000005$).

Нами были изучены особенности акушерского анамнеза всех обследованных пациенток. Среди причин наличия рубца на матке у подавляющего числа обследованных пациенток имело место родоразрешение кесаревым сечением (91,7 %), у 29 женщин (8,3 %) рубец на матке был связан со следующими факторами: консервативная миомэктомия (23 пациентки), резекция трубного угла после внематочной беременности в интерстициальном отделе (3 пациентки), иссечение перегородки матки (1 пациентка), ушивание перфорационного отверстия матки после выскабливания полости матки (1 пациентка). Достоверных различий в причине наличия рубца на матке в обследованных группах выявлено не было: в основной группе 177 пациенток (93,6 %) перенесли абдоминальное родоразрешение (в подгруппе 1–92,6 %), в группе контроля таких пациенток было 132 (89,2 %) — различия не достоверны.

При анализе особенностей течения предыдущих родов у пациенток обследованных групп обнаружено, что частота планового и экстренного кесарева сечения в исследованных группах достоверно не различалась: в плановом порядке были родоразрешены 29,1 % пациенток основной группы и 38,5 % женщин группы контроля, в экстренном порядке — 70,1 и 61,5 % соответственно.

Наиболее распространенными показаниями для планового кесарева сечения у обследованных пациенток в первых родах были тазовое предлежание плода (29,4 %) и заболевания органа зрения (9 %). Также следует отметить, что заболевания сердечно-сосудистой системы, требовавшие исключения второго периода родов, послужили показанием для планового кесарева сечения в 17 % случаев, что можно объяснить профилем работы родильного дома. Реже встречались такие показания, как отсутствие биологической готовности к родам (8 %), различные варианты аномалий и деформаций костного таза (7,1 %), прогрессирующие нарушения фетоплацентарной гемодинамики (7,1 %), заболевания центральной нервной системы (5,3 %), ЭКО (2,6 %). Другие показания, встречавшиеся в единичных случаях, составили 14,5 % (многоплодная беременность, рубцовая деформация шейки матки, косое и поперечное положение плода, врожденные пороки развития плода, обострение генитальной герпетической инфекции, социальные показания).

Таблица 1

Структура показаний к предыдущему кесареву сечению в исследованных группах

Table 1

Structure of indications for previous caesarean section in the studied groups

Показания для предыдущего кесарева сечения	Подгруппа 1 основной группы (n = 75) 1	Подгруппа 2 основной группы (n = 102) 2	Контрольная группа (n = 132) 3	Достоверность различий (p)
Тазовое, в том числе ножное, предлежание плода	15 (20 %)	11 (10,9 %)	17 (13 %)	N/S
Гипоксия плода	17 (22,6 %)	17 (16,8 %)	11 (8,3 %)	1–3 p < 0,01
Аномалии сократительной деятельности матки	10 (13,3 %)	32 (31,4 %)	29 (22,0 %)	1–2 p < 0,01
Клиническое несоответствие между размерами головки и таза	7 (9,3 %)	8 (7,9 %)	7 (5,3 %)	N/S
Преэклампсия тяжелой степени	5 (6,8 %)	8 (7,9 %)	16 (12,1 %)	N/S
Заболевания сердечно-сосудистой системы	4 (5,4 %)	3 (2,9 %)	12 (9,1 %)	N/S
Заболевания центральной нервной системы	2 (2,7 %)	1 (0,9 %)	3 (2,3 %)	N/S
Орган зрения	1 (1,3 %)	4 (3,9 %)	5 (3,8 %)	N/S
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	4 (5,4 %)	4 (3,9 %)	6 (4,5 %)	N/S
Аномалии вставления головки и положения плода	1 (1,3 %)	1 (0,9 %)	4 (3 %)	N/S
Отсутствие биологической готовности к родам	1 (1,3 %)	4 (3,9 %)	4 (3 %)	N/S
Прогрессирующие нарушения фетоплацентарной гемодинамики	1 (1,3 %)	3 (2,9 %)	3 (2,3 %)	N/S
Аномалии и деформации костного таза	0 (0 %)	0 (0 %)	8 (6 %)	N/S
ЭКО	1 (1,3 %)	1 (0,9 %)	1 (0,8 %)	N/S
Другие	6 (8 %)	5 (4,9 %)	6 (4,5 %)	N/S

Показаниями для абдоминального родоразрешения в экстренном порядке при предшествующем кесаревом сечении явились: аномалии сократительной деятельности матки (35,7 %), гипоксия плода (22,6 %), преэклампсия тяжелой степени (14,6 %), клиническое несоответствие между размерами головки плода и таза матери (11 %), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (7 %), ножное предлежание плода (5 %), аномалии вставления головки или положения плода (2 %). Другие показания, встречавшиеся в единичных случаях, составили 2,1 % (выпадение петель пуповины, прогрессирующие нарушения фетоплацентарной гемодинамики, предлежание плаценты). В табл. 1 представлен сравнительный анализ частоты различных показаний к предшествующему кесареву сечению у пациенток основной группы и группы контроля.

Исходя из результатов, представленных в табл. 1, видно, что большее число пациенток были в первый раз прооперированы по поводу гипоксии плода и тазового предлежания, при этом в подгруппе родивших через естественные родовые пути процент таких пациенток был 42,7 %, что достоверно больше, чем в подгруппе 2 (27,4 %, $p < 0,05$) и контрольной группе (21,2 %, $p < 0,01$). Аномалии сократительной деятельности матки, напротив, достоверно чаще являлись показанием для предыдущего кесарева сечения у пациенток с неудачной попыткой естественных родов (31,4 %), чем в группе родивших через естественные родовые пути (13,2 %), различия статистически достоверны ($p < 0,01$). Следует отметить, что в подгруппе 1 основной группы слабость родовой деятельности матки занимала третье место в структуре

показаний для предшествующего кесарева сечения (11 %), уступая гипоксии плода и тазовому предлежанию плода.

При анализе показаний к абдоминальному родоразрешению в данную беременность среди всех обследованных пациенток преобладают следующие: наличие двух и более рубцов на матке — 40 женщин (15,69 %), преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие спонтанного развития родовой деятельности — 30 женщин (11,76 %), отсутствие биологической готовности к родам — 23 женщины (9,01 %), слабость родовой деятельности — 20 женщин (7,84 %), крупный плод — 19 женщин (7,45 %) и гипоксия плода в родах — 15 женщин (5,88 %). Указанные причины явились показаниями как для планового, так и для экстренного родоразрешения.

У пациенток контрольной группы причинами к повторному абдоминальному родоразрешению являлись: травмы и аномалии костного таза (9 женщин), тяжелая соматическая патология, включая заболевания сердечно-сосудистой системы (17 женщин), многоплодная беременность (6 женщин), неправильное положение плода, включая тазовое (13 женщин), атипичное расположение рубца на матке (10 женщин), наличие двух и более рубцов на матке (41 женщина) и другие (рубцовая деформация шейки матки, категорический отказ от естественных родов, пластика мышц тазового дна в анамнезе — всего 5 женщин). Другие причины были выявлены во время госпитализации и не позволили в каждом конкретном случае планировать естественные роды: преэклампсия тяжелой степени (16 женщин), предполагаемая макросомия плода (19 женщин), прогрессирующая плацентарная недостаточность (12 женщин).

Таким образом, у 189 беременных (основная группа) были запланированы роды через естественные родовые пути, из них 82 случая (43,3 %) завершились успехом. Повторное абдоминальное родоразрешение в подгруппе беременных с запланированными естественными родами проведено у 107 пациенток. Показаниями к операции явились: преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие спонтанной родовой деятельности у 30 женщин (28 %), отсутствие биологической готовности организма к родам у 23 пациенток (21,5 %), аномалии родовой деятельности у 20 рожениц (18,7 %), гипоксия плода у 15 женщин (14 %), патологический прелиминарный период у 14 пациенток (13,1 %), преждевременная отслойка нормаль-

но расположенной плаценты у 2 беременных (1,9 %), отсутствие эффекта от родовозбуждения (амниотомии) в 2 случаях (1,9 %), клиническое несоответствие между тазом матери и головкой плода — 1 женщина (0,9 %).

В подгруппе родивших через естественные родовые пути у 54 пациенток (66 %) применялись регионарные методики обезболивания (длительная эпидуральная анестезия).

Преждевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 22 (26,8 %) беременных подгруппы 1, при этом в первые 6 часов родовой деятельность развилась у 19 пациенток, еще у 3 беременных регулярные схватки начались в интервале 6–12 часов от момента излития околоплодных вод. Родовозбуждение окситоцином не проводилось ни в одном случае.

Оперативное вагинальное родоразрешение потребовалось в двух случаях: 1 (1,2 %) — акушерские щипцы по поводу гипоксии плода и 1 (1,2 %) — вакуум-экстракция плода при вторичной слабости родовой деятельности.

Ручное вхождение в полость матки выполнено 21 родильнице (25,6 %), из них по поводу кровотечения — 12 (14,6 % от всех родов через естественные родовые пути) ручных обследований полости матки, по поводу задержки последа и его частей — 6 случаев и с целью ревизии полости матки произведено 3 ручных обследования.

Средняя масса новорожденных в группах достоверно не различалась и составила в подгруппе 1 — 3485 ± 69 г, в подгруппе 2 — 3492 ± 60 г и 3392 ± 51 г в контрольной группе. Различий в средней оценке по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни в исследованных группах также не было выявлено: у родивших через естественные родовые пути они составили $7,73 \pm 0,09$ и $8,67 \pm 0,08$ балла; у пациенток с неудавшейся попыткой естественных родов — $7,75 \pm 0,08$ и $8,73 \pm 0,07$ балла и в контрольной группе — $7,8 \pm 0,06$ и $8,7 \pm 0,06$ балла.

Особый интерес представляет отсутствие связи между фактом наличия родовой деятельности в предшествующих родах и способом родоразрешения при данной беременности. В подгруппе 1 основной группы родовая деятельность была у 44 (55,7 %) пациенток, в подгруппе 2 — у 57 пациенток (54,8 %), в группе контроля — у 67 (44,8 %).

Для оценки степени кровопотери в родильном доме № 13 используется гравиметрический метод при всех способах родоразрешения (взвешиваются все пеленки). Интересно отме-

Рис. 1. Объем кровопотери в исследованных группах

Fig. 1. Volume of blood loss in the studied groups

тить, что в случаях родов через естественные родовые пути средняя кровопотеря была достоверно меньше ($p = 0,01$), чем в случаях кесарева сечения (рис. 1).

Разрыв матки произошел у одной беременной со сроком гестации 37,5/7 недели, которой предстояли 4-е роды (в анамнезе 3 операции кесарева сечения). Осложнение возникло внезапно на фоне полного благополучия и без родовой деятельности в условиях отделения патологии беременности, где проводилась подготовка к плановому родоразрешению (по данным ультразвукового исследования толщина миометрия в нижнем сегменте матки составила 2,6 мм). Через 20 минут от появления жалоб пациентка была родоразрешена абдоминальным путем. Родился живой доношенный мальчик массой 2900 г с оценкой по шкале Апгар 4/7/8 баллов. Разрыв матки в области рубца был ушит, кровопотеря составила 4300 мл. Родильница была выписана домой с ребенком на 10-е сутки послеоперационного периода.

В послеродовом периоде у пациенток основной группы осложнений отмечено не было. В группе контроля у одной родильницы послеоперационный период осложнился метроэндометритом и эвентрацией (сальника) на фоне ожирения и исходной анемии легкой степени, что потребовало перевода в гинекологическое отделение для лечения больных с гнойно-септическими осложнениями в послеродовом периоде, где была произведена гистерэктомия. Следует отметить, что у данной пациентки данные роды были шестыми, а кесарево сече-

ние — пятое, при этом интервал между данным и предшествующим кесаревым сечением составил менее двух лет.

Обсуждение

Сравнение течения и исходов родов пациенток с рубцом на матке позволяет с уверенностью утверждать, что естественные роды остаются предпочтительным методом родоразрешения.

Учитывая отсутствие отечественных федеральных протоколов по ведению родов у беременных с рубцом на матке, в родильном доме принята внутренняя тактика ведения таких пациенток. Основные принципы нашей тактики не противоречат мировому опыту и предполагают: отсутствие ультразвуковых признаков несостоятельности рубца на матке [5], спонтанное начало родовой деятельности (предпочтительно); возможна индукция родов (амниотомия); непрерывное кардиомониторное наблюдение за состоянием плода; применение длительной эпидуральной анестезии; проведение ручного обследования полости матки при появлении дополнительных показаний (рутинно не требуется); оперативное вагинальное родоразрешение не исключено.

Полученные в данном исследовании результаты позволили нам пересмотреть взгляды на показания к повторному абдоминальному родоразрешению и определить возможные группы резерва для планирования естественных родов.

- В группе беременных, родивших через естественные родовые пути, 12 женщин (14,6 %) родили на сроке более 41 недели. Мы пред-

лагаем пролонгировать беременность у пациенток с рубцом на матке и отсутствием абсолютных показаний к повторному кесареву сечению до 41 недели, при достижении данного срока проводить оценку степени зрелости шейки матки и, возможно, планировать родовозбуждение амниотомией.

- В подгруппе родивших через естественные родовые пути 11 новорожденных (13,4 %) родились массой более 4000 г, а в контрольной группе пациенток с рубцом на матке, прооперированных по поводу предполагаемой макросомии, в 6 случаях из 19 (31,6 %) диагноз не подтвердился и масса тела новорожденных оказалась меньше 4000 г. Таким образом, предполагаемые крупные размеры плода не должны являться показанием к абдоминальному родоразрешению, так как ультразвуковые признаки макросомии не являются абсолютными [6].
- Преждевременный разрыв плодных оболочек и отсутствие спонтанного развития родовой деятельности явились показанием к кесареву сечению у 30 беременных (11,8 %). Попыток применения выжидательной тактики в течение более 12 часов или родовозбуждения окситоцином не предпринималось. Хотя, по данным литературы, применение окситоцина не противопоказано у беременных с рубцом на матке, следует учитывать, что риск разрыва матки может увеличиваться до 4 раз [7].

Литература

1. Betrán AP, Ye J, Moller AB, et al. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343. doi:10.1371/journal.pone.0148343.
2. ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава Российской Федерации. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. Москва, 2015. [FGBU "Tsentral'nyy nauchno-issledovatel'skiy institut organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya" Minzdrava Rossiyskoy Federatsii. Osnovnye pokazateli zdorov'ya materi i rebenka, deyatel'nost' sluzhby okhrany detstva i rodovspomozheniya v Rossiyskoy Federatsii. Moscow: 2015. (In Russ.)]
3. Calculator – (MFMU) Network. VBAC calculator. Available at: <https://mfmu.bsc.gwu.edu/PublicBSC/MFMU/VGBirthCalc/vagbirth.html>. Retrieved November 19, 2015.
4. Guise JM, Eden K, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2010;(191):1-397.
5. Kok N, Wiersma IC, Opmeer BC, 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 metaanalysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;42(2):132-139. doi: 10.1002/uog.12479.
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Birth After Previous Caesarean Birth*. Green-top Guideline No 45. October 2015.
7. Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;199(1):32e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2008.03.001.

■ Адреса авторов для переписки (Information about the authors)

Маргарита Дмитриевна Леонова — врач акушер-гинеколог, заведующая родильным отделением. СПбГБУЗ «Родильный дом № 13», Санкт-Петербург. E-mail: margarita_bk.ru.

Елена Вадимовна Фредерикс — главный врач. СПбГБУЗ «Родильный дом № 13», Санкт-Петербург. E-mail: evfrederiks@gmail.com.

Юлия Романовна Дымарская — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии. ФГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: julia_dym@mail.ru.

Margarita D. Leonova — obstetrician-gynecologist, head of the maternity department. Saint Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Maternity hospital No 13", Saint Petersburg, Russia. E-mail: margarita_bk.ru.

Elena V. Frederiks — chief physician. Saint Petersburg State Budgetary Healthcare Institution "Maternity hospital No 13", Saint Petersburg, Russia. E-mail: evfrederiks@gmail.com.

Yulia R. Dymarskaya — assistant professor of the Department of obstetrics and gynecology. Nord-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: julia_dym@mail.ru.