с точки зрения развития резус-конфликта при отсутствии профилактика, так как в организме уже могут присутствовать антитела. Среди резус-положительных этот показатель был значительно ниже – 69,3% (p=0,022).

Выводы

В исследовании приняли участие 104 беременные женщины, из которых 27,9% (p<0,001) были резус-отрицательные и 72,1% резус-положительных. При сравнительном анализе установлено, что обе группы были сопоставимы по основным социально-демографическим характеристикам, а также по ключевым параметрам акушерского анамнеза и течения беременности.

Анализ уровня информированности показал, что базовое теоретическое понимание сути резус-конфликта, его механизмов, факторов риска, а также знание о необходимости регулярного контроля антител и неэффективности иммуноглобулина человек антирезус Rho(D) при уже имеющихся антителах было одинаково высоким и статистически не различалось между группами. В то же время, резус-отрицательные женщины значительно лучше осведомлены о сроках проведения профилактики (100% против 74,7%; p=0,0067), о необходимости введения иммуноглобулина после абортов, выкидышей и инвазивных процедур (93,1% против 69,3%; p=0,022), а также о том, что последующие беременности представляют больший риск при отсутствии профилактики (93,1% против 69,3%; p=0,022). Во время настоящей беременности у 23 (79,3%, χ^2=17,66, p<0,001) пациенток планировалась профилактика резус-конфликта: 20 (69%) резус-отрицательных беременных уже получили иммуноглобулин антирезус Rho(D), 3 (10,3%) – планировали его введение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшей профилактической работы среди беременных с целью снижения риска развития резус-конфликта и перинатальных потерь.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 576 с.

2. Радзинский, В. Е. Акушерство : учебник / В. Е. Радзинский, А. М. Фукс. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1047 с.

УДК 618.3:618.14-003.92

О. В. Козлова, Ю. А. Дведари

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к.м.н., доцент Т. Н. Захаренкова

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ НАЛИЧИИ РУБЦА НА МАТКЕ

Введение

Современная акушерская практика демонстрирует выраженную тенденцию к учащению оперативного родоразрешения, что, в свою очередь, приводит к постоянному увеличению количества беременных женщин с рубцом на матке. Наличие рубца значительно повышает риски специфических осложнений, среди которых наиболее опасным является угроза разрыва матки [1]. Решающее значение в прогнозировании исхода беременности и планировании способа родоразрешения имеет оценка состоятельности рубца матки: его клиническая безболезненность и эхографическая толщина, где критическим порогом безопасности считается показатель не менее 2,0–2,5 мм [2]. Полноценность формирования рубцовой ткани

напрямую зависит от времени, прошедшего с момента предыдущей операции. Важное значение имеет медицинское показание к предшествующему кесареву сечению, так как нередко оно сохраняется и на момент настоящей беременности, что уже изначально определяет способ родоразрешения.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Российского общества акушеров-гинекологов определяют состоятельный рубец при ультразвуковом исследовании толщиной 2,5 мм и более при отсутствии эхопозитивных включений и ниш (дефектов миометрия глубиной 2 мм и более) [3]. В РБ определены четкие сроки ультразвукового мониторинга состояния рубца в 32–35 недель и повторно в 37–38 недель [4]. Российские рекомендации, напротив, носят более аналитический характер, углубляясь в патогенез формирования несостоятельности рубца, рассматривая концепцию вагинальных родов после кесарева сечения и факторы, влияющие на их успех. При этом оба документа едины в ключевых принципах: они акцентируют внимание на необходимости тщательной оценки состоятельности рубца, индивидуальном подходе к выбору метода родоразрешения и выделяют абсолютные противопоказания к вагинальным родам, а именно: корпоральное кесарево сечение в анамнезе, два и более рубца, разрыв матки в анамнезе.

Таким образом, при наличии состоятельности рубца на матке как в РФ, так и в РБ возможно ведение родов через естественные родовые пути. Определяющими критериями являются: состоятельность рубца, наличие специалистов, имеющих опыт ведения таких родов, а также информированное согласие женщины.

Ретроспективный анализ данных за определенный период позволяет выявить актуальные закономерности и оптимизировать медицинскую помощь этой группе пациентов.

Цель

Изучить ультразвуковые параметры рубца матки после предыдущего кесарева сечения в зависимости от особенностей анамнеза и интраоперационного состояния рубца.

Материал и методы исследования

Проведено ретроспективное исследование по данным историй болезни пациентов УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» за июль – декабрь 2025 года. В исследование включено 97 пациентов, госпитализированных для родоразрешенния по поводу рубца на матке. Возраст пациентов колебался от 21 до 42 лет. Наибольшее количество обследуемых относилось к возрастной группе 28–36 лет (64,9%). Средний возраст пациентов составил 32 (29; 36) года.

Исследование было проведено в два этапа. На первом этапе для оценки влияния особенностей родоразрешения в предыдущих родах на состояние рубца пациентов разделили на две группы: группу 1А (n=53; 54,6%) составили женщины с предыдущим экстренным кесаревым сечением, группу 2А (n=44; 45,4%) – с плановым.

На втором этапе для оценки ультразвуковых параметров рубца в зависимости от морфологической структуры нижнего сегмента матки при оперативном родоразрешении во время настоящей беременности пациентов распределили на две группы: группу 1Б (n=49; 50,5%) без склеротических и других потологических видимых изменений нижнего сегмента матки и группу 2Б (n=48; 49,5%) – со склеротическими изменениями в области рубца на матке.

Во всех группах проводилась сравнительная статистика толщины миометрия в области рубца.

Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программного обеспечения Statistica 10.0 и и Microsoft Excel 2016. Результаты исследования представлены в формате медиана (Me) и интерквартильный размах (25;75). Для сравнения непараметрических количественных показателей использовался метод Краскела – Уоллиса (H), Манна – Уитни (U) и Вилкоксона (W). Статистически значимым считался результат при $p<0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При сравнении толщины миометрия у пациентов 1А, 2А, 1Б, 2Б групп (с различным типом первого кесарева и статусом нижнего сегмента матки) были выявлены статистически значимые межгрупповые различия (H=11,08; p=0,011).

Толщина миометрия в области рубца при настоящей беременности у пациенток 1А группы составила 3,0 (2,5; 3,3) мм, а толщина у пациенток 2А группы составила 3,1 (2,9; 3,5) мм, что не имело статистически значимого значения (U=0; p=1).

Ультразвуковая картина также не дает представление о возможных склеротических изменениях в области рубца при настоящей беременности: толщина рубца у женщин 1Б группы составила 2,9 (2,6; 3,2) мм, у 2Б – 3,1 (2,9; 3,9) мм. Несмотря на отсутствие статистической значимости (U=3; p=0,064), прослеживается тенденция к большей толщине остаточного миометрия в области не склерозированного участка нижнего сегмента матки.

Помимо этого проведено исследование динамики толщины миометрия в области послеоперационного рубца на протяжении гестационного периода. Сравнительный анализ показателей, полученных во II и III триместрах беременности, продемонстрировал выраженную тенденцию к уменьшению толщины миометрия в области рубца по мере увеличения срока гестации. Статистический анализ с использованием критерия Вилкоксона подтвердил высокую значимость этих изменений (W=5,10; p=0,0001), что является критически важным фактором для оценки состоятельности рубца в динамике и особенно при планировании родоразрешения.

Также нами было проведено сравнение массы тела новорожденных при первом и повторном кесаревом сечении. Согласно полученным данным, масса плода во время первого кесарева сечения не оказывает статистически значимого влияния на вес ребенка при последующих родах (Z=0,56,0; p=0,57). Это позволяет сделать вывод, что вес новорожденного при повторной операции не является следствием предыдущей беременности. Вероятно, он обусловлен совокупностью факторов, актуальных только для текущего гестационного периода, что дает основание рассматривать каждую последующую беременность как независимую в отношении формирования массы новорожденного.

Выводы:

1. Выявлены статистически значимые различия толщины миометрия в области рубца между группами, сформированными на основании типа первого кесарева сечения и состояния нижнего маточного сегмента (H=11,08; p=0,011).

2. На уровне статистической тенденции толщина остаточного миометрия больше при отсутствии склеротических изменений в области нижнего сегмента при операции, чем при наличии склероза в области предыдущего рубца (U=3,0; p=0,064).

3. Толщина миометрия в области рубца значимо уменьшается по мере увеличения срока беременности, независимо от того было предыдущее вмешательство плановым или экстренным (W=5,10; p=0,0001), что требует динамического ультразвукового контроля его для решения вопроса о тактике ведения беременности и способе родоразрешения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения : клинические рекомендации / М-во здравоохранения Рос. Федерации. – М., 2024

2. Никитина, Е. В. Методы родоразрешения женщин с рубцом на матке / Е. В. Никитина, Л. Н. Васильева, Д. Н. Давыдова // Медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 74–75.

3. Послеоперационный рубец на матке, требующий предоставления медицинской помощи матери во время беременности, родов и в послеродовом периоде : клинические рекомендации : утв. Российским обществом акушеров-гинекологов, 2024 г. / Российское общество акушеров-гинекологов. – М. , 2024. – 37 с.

4. Оказание медицинской помощи женщинам с послеоперационным рубцом матки : клинический протокол : утв. Постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 29.11.2024 № 161. – Мн., 2024.