

РОДЫ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ: ОПРАВДАН ЛИ РИСК?

Канд. мед. наук В. С. ЛУПОЯД, канд. мед. наук Н. М. ПАСИЕШВИЛИ

Харьковский областной клинический перинатальный центр

Рассмотрены варианты ведения родов после предыдущего кесарева сечения, показаны возможные осложнения, их диагностика и лечение с последующей реабилитацией. Затронуты медико-правовые аспекты действий врача при неудачной попытке вагинальных родов после кесарева сечения.

Ключевые слова: кесарево сечение, вагинальные роды, плод, рубец на матке.

За последние десятилетия частота проведения кесарева сечения значительно возросла как в развитых, так в развивающихся странах, причем в первых больше. Так, если в США в 1970 г. она составляла 5%, то в 2009 г. — до 30%; в Украине — 9,58% в 1999 г. до 16,10% в 2009 г. [1, 2].

Исследования, проведенные ВОЗ, показывают, что увеличение частоты кесаревых сечений связано с увеличением частоты тяжелых заболеваний матери в послеродовом периоде и назначением антибиотиков. Увеличение частоты кесаревых сечений выше 15% не рекомендуется ВОЗ, так как это не способствует снижению показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

Учитывая частоту оперативного родоразрешения, любая попытка уменьшить связанные с кесаревым сечением риски будет иметь существенные преимущества с точки зрения как экономических затрат, так и улучшения здоровья женщины.

Многие считают, что частота кесаревых сечений на сегодняшний день и ее возрастание в некоторых клиниках весьма высоки, а вагинальные роды после кесарева сечения предлагаются как один из способов снизить этот показатель. Однако, несмотря на большое количество публикаций и исследований на эту тему, а также значение доказательной медицины, не были проведены рандомизированные исследования, которые подтвердили бы позитивные результаты для матери и новорожденного при попытке самостоятельных вагинальных родов после кесарева сечения или при повторном кесаревом сечении.

Выполнение таких исследований нереально, поэтому все доказательства, представленные в протоколах МЗ Украины, базируются на данных ретроспективных нерандомизированных исследований (когортные исследования или исследования «случай — контроль») [3].

Современные проблемы, влияющие на частоту вагинальных родов после оперативного родоразрешения, включают право женщины выбирать кесарево сечение без медицинских показаний, т. е. по требованию или просьбе; возможность будущих расстройств в функции связочного аппарата малого таза после вагинальных родов и, что важно для врача, медико-юридические риски при разрыве

матки. Поэтому решение о способе родоразрешения после кесарева сечения (будь то вагинальные роды или повторное кесарево сечение) является очень сложной задачей и для пациентки, и для акушера-гинеколога.

Решение попробовать провести роды после предыдущего кесарева сечения включает в себя определение баланса между риском и пользой каждого из видов родоразрешения. Попытка вагинальных родов у любой женщины с низким поперечным разрезом на матке желательна, но результаты недавних исследований должны предостеречь врачей и пациенток от потенциальных неблагоприятных последствий. Надо учитывать, что большинство исследований относительно вагинальных родов после кесарева сечения проводились в акушерских центрах третьего уровня с идеальными условиями, специализированным персоналом и хорошей анестезиологической службой.

Существует огромный список акушерских условий, при которых невозможно проводить вагинальные роды после кесарева сечения: он включает неизвестный шов на матке, многоплодную беременность, переносимую беременность, подозрение на макросомию плода и т. д.

Предвидение возможных неблагоприятных последствий является очень важным моментом перед попыткой провести естественные роды после кесарева сечения, но стоит прислушаться и к здравому смыслу.

Хорошо, если удастся склонить женщину к вагинальным родам, но надо с ней так же честно обсудить потенциальные осложнения, что необходимо сделать уже в женской консультации, куда беременная придет становиться на учет.

Всесторонняя, основанная на фактах консультация с самого начала беременности создаст наилучшие условия для попытки проведения вагинальных родов. Замечательно, если врач женской консультации будет иметь на руках выписку из истории родов о том, как и по какой методике была проведена операция кесарева сечения, чем и как был ушит разрез на матке, как протекал послеоперационный период, т. е. он должен получить «паспорт оперированной матки» для решения вопроса о возможности родов естественным путем.

Да, вагинальные роды, как правило, связаны с меньшим количеством осложнений, они менее затратны в денежном эквиваленте, имеют более короткий период реабилитации, что для многих женщин является важным фактором. Литературные данные свидетельствуют о том, что примерно в 60–80 % случаев попытки провести роды через естественные родовые пути после предыдущего кесарева сечения завершаются успешно [4].

Однако следует отметить, что показатель успешных родов относится к отдельной группе пациенток, отвечающих всем критериям отбора для вагинальных родов после кесарева сечения. Пациентки, которые не отвечают критериям проведения естественного родоразрешения, часто исключаются, поэтому точное количество женщин, которые пытаются родить самостоятельно после предыдущего кесарева сечения, остается неизвестным.

Женщина, родившая один раз естественным путем до или после предыдущего кесарева сечения, вероятнее всего, будет иметь больше шансов успешно родить повторно по сравнению с женщиной, у которой не было самостоятельных родов.

Вероятность успешных родов у женщин с предыдущим диагнозом дистотии значительно ниже (40–70 %), чем у женщин с показаниями для кесарева сечения, которые не повторяются [2].

Клиническая оценка беременности (ее течения, результатов лабораторного, ультразвукового и других видов исследований) очень важна, поскольку ни одна балльная система не является идеальной в прогнозировании исхода родов через естественные родовые пути после кесарева сечения в анамнезе. Например, удачным будет завершение самостоятельных родов, скорее всего, у женщин, у которых показанием для первого кесарева сечения было тазовое предлежание плода, а не у женщин, родивших ребенка массой 4000 г при наличии анатомически или клинически узкого таза.

В то же время повторное кесарево сечение может быть более безопасным и практичным во многих других случаях. Его можно спрогнозировать и запланировать, избежать неудачной попытки самостоятельных родов, предотвратить разрыв матки с потенциальным катастрофическим последствием как для женщины, так и для врача. Нельзя не отметить, что кесарево сечение проводится с большой вероятностью оперативных родоразрешений в будущем с возможными осложнениями, поскольку их вероятность при последующих кесаревых сечениях возрастает с каждым разом и составляет около 70 % у женщин, которым было произведено 4 и более кесаревых сечений. Большая кровопотеря, связанная с повторными кесаревыми сечениями в анамнезе, сегодня является причиной более половины гистерэктомий во время родов, а это очень серьезные случаи, часто требующие серьезной предоперационной подготовки и связанные, как

правило, с расширенными хирургическими вмешательствами, массивной кровопотерей и возможной гибелью родильницы.

Поэтому особое внимание следует уделять прогностическим критериям безопасного течения и удачного исхода при родоразрешении через естественные родовые пути:

1. Одно предыдущее кесарево сечение в нижнем сегменте матки с его поперечным разрезом.
2. Клинически нормальный таз с нормальными размерами плода.
3. Отсутствие других швов на матке, аномалий или предыдущих разрывов.
4. Согласие женщины и ее настрой на спонтанные роды.
5. Самостоятельные роды в анамнезе.
6. Присутствие врачей, мониторинг родов, состояния плода и возможность в любой момент закончить роды путем кесарева сечения.
7. Анестезиологическая служба, запас одногруппной крови и необходимых препаратов (новосен и т. д.) для проведения ургентного кесарева сечения.

К потенциальным противопоказаниям для родов вагинальным путем можно отнести:

- предыдущий классический (корпоральный), Т-образный или J-разрез на матке;
- макросомию плода, узкий таз;
- акушерские или медицинские условия, препятствующие проведению вагинальных родов;
- отказ женщины от попытки родить естественным путем;
- неготовность шейки матки к родам, родовозбуждение и усиление родовой деятельности;
- неспособность провести ургентное кесарево сечение из-за дефицита персонала и неадекватного оснащения.

Окончательное решение о попытке родов через естественные родовые пути или повторном кесаревом сечении должно приниматься врачом и женщиной после всестороннего изучения всех рисков. Если принято решение о вагинальных родах после кесарева сечения, женщину нужно поддержать в ее решении, однако это не означает, что решение не может измениться, если изменится акушерская ситуация в процессе родов [2].

Первый и второй периоды родов у женщин с рубцом на матке должны проводиться под мониторингом (желательно — длительным электронным мониторингом). Безопасность вызывания родов с помощью геля простагландина и усиления их с помощью внутривенного введения окситоцина остается спорной, а применение мезопроста не противопоказано. Очень важно знание медперсоналом возможных осложнений при вагинальных родах после кесарева сечения и тщательное ведение мониторинга сердцебиения плода для выявления нарушений и неадекватного течения родов. Такие женщины имеют высокий показатель проблем при вагинальных родах (20–40 % неудачных попыток родов естественным путем), поэтому

своевременное обнаружение нарушений в процессе родоразрешения и **срочное вмешательство** необходимы для исключения опасных последствий как для матери, так и для плода [5, 6].

Обязательное проведение ручного контроля полости матки с **рубцом считается необоснованным**, однако при наличии большой кровопотери или признаков гиповолемии у роженицы следует немедленно его сделать, чтобы оценить состояние шва и **стенок матки**. **Существует очень высокая вероятность возникновения инфекционных осложнений** у женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения после неудачной попытки вагинальных родов.

Наиболее тяжелым осложнением вагинальных родов после кесарева сечения является разрыв матки, который может угрожать жизни не только ребенка, но и матери. Во время родов разрыв часто происходит по предыдущему шву в нижнем сегменте матки, но может быть и звездообразным, расширяясь интра- и **ретроперитонеально**. **Во многих случаях его причина неизвестна и тяжелые последствия возникают даже у тех женщин, которым вроде бы можно было рожать вагинальным путем** после кесарева сечения. Частота разрывов связана с типом и локализацией предыдущего разреза: риск разрыва матки при классическом или Т-подобном (J-подобном) разрезе составляет 4,0–9,0%, при низком поперечном — 0,5–1,5%, а при низком вертикальном (истмико-корпоральном) — 1,0–4,0% [5].

Разрыв матки часто трудно распознать, и здесь на первое место выходит тщательный электронный контроль за состоянием плода. Наиболее частым признаком разрыва является патологическое состояние плода, характер его сердечных сокращений, которые могут от едва уловимых переменных децелераций быстро перейти к поздним децелерациям, брадикардии и к **неуловимым тонам сердца плода** [6].

Боль часто возникает на месте предыдущего разреза и **может быть слабой или разрывающей** по своему характеру, что сразу приводит

к уменьшению частоты и интенсивности схваток. Возможно обильное кровотечение, вызывающее шок. Каждый из этих признаков требует проведения срочной лапаротомии, с помощью которой оценивается состояние матки и плода. Состояние ребенка будет зависеть от тяжести разрыва и его отношения к плаценте. Результат не всегда будет благоприятным, даже если роды завершатся через 30 мин. Комбинированная частота смертности плодов и тяжелых отдаленных неврологических осложнений при разрыве составляет 20–25%. У большинства женщин при разрыве матки его можношить, однако при увеличенном разрыве в **широкую связку или на шейку матки необходимо переходить к гистерэктомии**.

В заключение отметим, что с накоплением опыта становится все более очевидным наличие не частых, но значительных рисков как для плода, так и **для матери**. **Плохой перинатальный результат, связанный с разрывом матки, является сегодня основной причиной сомнений в целесообразности вагинальных родов после кесарева сечения**. Большинство проблем возникают тогда, когда женщина не находится под постоянным контролем врача или когда диагноз разрыва матки устанавливается поздно. Хотя результаты попыток вагинальных родов и elective кесарева сечения являются относительно равноценными, **в каждом индивидуальном случае отдается предпочтение тому, что сопряжено с меньшими рисками**.

При тщательном отборе пациенток и **внимательном ведении родов** большинство женщин после кесарева сечения могут успешно родить естественным путем, однако когда попытка провести вагинальные роды небезопасна или пациентка этого не хочет, elective кесарево сечение может стать разумной альтернативой.

Вместе с тем **не следует забывать об опасениях** врача перед медико-правовыми последствиями при неблагоприятном исходе родов как для плода, так и для матери, поэтому, скорее всего, должен работать принцип: «Первый раз кесарево сечение — всегда кесарево сечение».

Список литературы

1. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин» — наказ МОЗ України від 27 грудня 2011 року № 977.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery. Washington DC: ACOG // Obstetrics and Gynecology.— 2004.— № 104.— P. 203–212.
3. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Вагінальні пологи після кесаревого розтину» — наказ МОЗ України від 27 грудня 2011 року № 976.
4. Safety of Vaginal Birth after Cesarean: A Systematic Review / J.-M. Guise, M. Berlin, M. McDonough [et al.] // Obstetrics and Gynecology.— 2004.— № 103 (3).— P. 420–429.
5. Risk of Uterine Rupture during Labor among Women with a Prior Cesarean Delivery / M. Lydon-Rochelle, V. L. Holt, T. R. Easterling [et al.] // N. Engl. J. Med.— 2001.— № 345.— P. 3–8.
6. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies / G. C. Smith, J. P. Pell, A. D. Cameron, R. Dobbie // JAMA.— 2002.— № 287 (20).— P. 2684–2690.

ПОЛОГИ ПІСЛЯ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ: ЧИ ВИПРАВДАНИЙ РИЗИК?

В. С. ЛУПОЯД, Н. М. ПАСІЄШВІЛІ

Розглянуто варіанти ведення пологів після попереднього кесаревого розтину, показано можливі ускладнення, їх діагностику та лікування з подальшою реабілітацією. Порушено медико-правові аспекти дій лікаря при невдалій спробі вагінальних пологів після кесаревого розтину.

Ключові слова: кесарів розтин, вагінальні пологи, плід, рубець на матці.

DELIVERY AFTER CESAREAN SECTION: IS THE RISK JUSTIFIED?

V. S. LUPOIAD, N. M. PASIESHVILI

The variants of delivery management after cesarean section were investigated. Possible complications are described, their diagnosis and treatment followed by rehabilitation are featured. Medical legal aspects of the physician's actions at unsuccessful attempt of vaginal delivery after cesarean section are discussed.

Key words: cesarean section, vaginal delivery, fetus, scar on the uterus.

Поступила 12.12.2012