

И. Ф. ФАТКУЛЛИН

Казанский государственный медицинский университет

Роды после кесарева сечения

Фаткуллин Ильдар Фаридович

доктор медицинских наук, профессор,

заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 КГМУ

420029, г. Казань, ул. Журналистов, д. 2, кв. 47. e-mail: fatkullin@ya.ru, тел.: 8-9600480104

В статье представлены данные литературы, а также собственные наблюдения о частоте и показаниях для кесарева сечения. Ключевыми вопросами врачебной тактики являются отбор беременных и подготовка пациентки к родам. Изложены спорные вопросы и нерешенные проблемы.

Ключевые слова: кесарево сечение, беременность, роды.

I. F. FATKULLIN

Labor after cesarean sections

The article highlights literatures and also own supervision on frequency and indications for cesarean sections. Key questions of medical tactics are selection of pregnant womens and preparation of the patient for delivery. Questions at issue and unresolved problems are stated.

Keywords: pregnancy, cesarean section, labor.

Рост частоты операции кесарева сечения (КС) вызывает оправданную тревогу. В настоящее время в мире путем КС рождается каждый второй ребенок в Латинской Америке, каждый четвертый в США, каждый пятый в Англии, Франции, Германии, Австралии, каждый шестой в России и т.д. (а сегодня уже каждый пятый). Для России это особенно актуально и потому, что при невысокой рождаемости увлечение операцией (мотивированное улучшением перинатальных показателей) чревато как снижением акушерского профессионализма, так, возможно, и изменением качества потомства рожденного неэволюционным путем. В известной книге Мишеля Одена [4] автор как раз и обсуждает этот серьезный вопрос о последствиях такого пренебрежения и отхода от эволюционного механизма деторождения.

Расширение показаний к оперативному родоразрешению обосновывается стремлением улучшить исходы беременности для плода. Сегодня это многоплодная беременность (очень часто как результат ЭКО), тазовые предлежания плода, тяжелые формы бесплодия и невынашивания, необходимость родоразрешения при недоношенной беременности.

Но есть такие патологические состояния, при которых современные возможности медицины позволяют пересмотреть традиционные показания для операции кесарева сечения

и тем самым если не уменьшить, то хотя бы стабилизировать показатель частоты абдоминального родоразрешения без ухудшения перинатальных показателей и исходов беременности для здоровья матери. Аргументированная точка зрения большинства ведущих акушеров-гинекологов страны (Г. М. Савельева, В. И. Краснопольский, В. Е. Радзинский, Л. С. Логутова и мн. других) такова: резерв снижения частоты кесарева сечения заключается в правильном ведении беременности и родов при таких осложнениях как переносная беременность, миопия, рубец на матке, аномалии родовой деятельности.

Одним из показаний для абдоминального родоразрешения в 30% случаев является «рубец на матке». С увеличением оперативной активности в акушерстве доля женщин, идущих на повторное кесарево сечение (если к тому же следовать устаревшему правилу «кесарево сечение однажды — кесарево сечение всегда»), будет неминуемо расти. Проведенные в нашей клинике исследования свидетельствуют — каждая вторая женщина с рубцом на матке планирует повторные роды, а каждая третья из них эти планы реализует. А это очень существенно. Но станет ли это резервом, если не снизить, то стабилизировать или уменьшить темпы роста хирургической активности в акушерстве? Сейчас это предмет серьезных дискуссий.



Часть исследователей полагают, что в нашем обществе риск последствий неудачных родов и незащищенность врача не позволяют рассчитывать на управляемость этим показателем.

Мнение американских коллег иное. Задача снизить частоту кесарева сечения поставлена как национальная. Зная, что более 30% кесаревых сечений являются повторной операцией, Американское общество акушеров-гинекологов (ACOG) приняло рекомендации по ведению вагинальных родов после кесарева сечения.

Эта позиция нашла отражение в современном переводном издании книги «Акушерство и гинекология» Алана ДеЧерни и Лорена Натана из Калифорнии [2]. Американские коллеги полагают, что в большинстве случаев влагалищное родоразрешение является успешным. Вероятность нарушения целостности рубца на матке после поперечного КС в нижнем сегменте в форме расхождения или разрыва крайне низка (0,2-1,5%). Последствия такого разрыва не столь катастрофичны, как обычного разрыва матки или разрыва матки по корпоральному рубцу. Главный вывод — 75-80% женщин с рубцом на матке после кесарева сечения должны быть рекомендованы роды через естественные родовые пути.

Выводы научных коллективов, которые занимаются этой проблемой в России, в принципе такие же [3]. Сам по себе рубец на матке не является показанием для повторной операции. Роды через естественные родовые пути возможны и предпочтительнее. В 50% случаев несостоятельность рубца на матке проявляет себя еще до начала родов.

В родах нарушение целостности рубца, как правило, диагностируется и не сопровождается серьезными последствиями для матери и плода. Основная тактика на органосохраняющую операцию (ушивание разрыва) оправдана и возможна. Но все это справедливо и должно быть там, где к этому готовы и умеют. В качестве дополнительной мотивации к применению такого подхода можно привести слова проф. В. И. Краснопольского: «проведение родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке есть свидетельство высокого профессионального мастерства врача».

Основные вопросы диагностики, тактики и организации помощи

Ключевыми вопросами врачебной тактики являются отбор беременных и подготовка пациентки к родам. Критерии отбора пациенток для влагалищного родоразрешения разработаны. Это:

- 1) согласие пациентки;
- 2) возможности акушерского стационара;
- 3) поперечный рубец на матке;
- 4) состоятельный рубец;
- 5) отсутствие прежних показаний (узкий таз, миопия и некоторые другие);
- 6) отсутствие противопоказаний для влагалищного родоразрешения.

Роды через естественные родовые пути *противопоказаны* при следующих состояниях: два и более рубца на матке, рубец после классического кесарева сечения, рубец по задней стенке матки, рубец после лапароскопической миомэктомии, локализация плаценты в области рубца, крупный плод, многоплодие, тазовое предлежание, поперечное положение

плода, наличие другой серьезной акушерской и экстрагенитальной патологии.

Условиями для подготовки беременной к родам являются:

- доношенный срок беременности;
- хорошее состояние плода;
- головное предлежание плода;
- одноплодная беременность;
- целый плодный пузырь;
- согласие пациентки на роды.

Опираясь на значительный опыт изучения данной проблемы, считаю уместным выделить факторы, определяющие успешный исход родов через естественные родовые пути. К ним относятся настрой пациентки и ее желание родить самостоятельно, наличие зрелой шейки матки перед родами, готовность и умение персонала вести роды и наличие соответствующего обеспечения родов.

К факторам, благоприятствующим успешному родоразрешению, следует отнести следующие: молодой возраст женщины, влагалищные роды в анамнезе, предыдущее кесарево сечение по причине слабости родовой деятельности.

К сожалению, до сих пор нет четких критериев оценки состояния послеоперационного рубца на матке. Такая оценка в настоящее время основывается на анализе данных, полученных при изучении анамнеза, объективного обследования и ультразвукового исследования. Клинико-анамнестические данные учитывают время прошедшее после первой операции, показания и технику первой операции, наличие послеоперационных осложнений, выскабливаний полости матки и аборт, особенно в первый год после операции.

При пальпации области послеоперационного рубца через переднюю брюшную стенку и передний свод влагалища обращается внимание на его возможное истончение и болезненность.

Достаточно высока информативность ультразвукового исследования состояния стенки матки в проекции рубца и характеристика нижнего сегмента матки, если у женщины начинаются роды. Результаты такого исследования могут определяющим образом повлиять на принятие решений акушерами и, следовательно, должны выполняться квалифицированным специалистом и на хорошем сканере.

Следует в первую очередь подробно описать толщину и равномерность (или неравномерность) структуры нижнего сегмента матки, наличие включений. Полагают, что признаком полноценного рубца является его толщина не меньше 3 мм и не больше 5 мм. Вместе с тем, только совместный клинический опыт врача-акушера и врача лучевой диагностики могут максимально увеличить достоверность УЗИ и свести к минимуму число ложно положительных и ложно отрицательных результатов. К примеру, в нашей практике данные УЗИ о наличии «несостоятельного рубца» находят подтверждение во время операции в 70-80% случаев.

Родоразрешение

Время родоразрешения определяется исходя из состояния рубца на матке, готовности организма к родам и желания женщины. В случае принятия решения на отказ от родов через естественные родовые пути следует выбрать время для проведения повторной операции. При отсутствии признаков неполноценности рубца с выполнением операции желательно подождать до начала родовой деятельности.

Преимущества такого подхода следующие: во-первых, возможно развитие эффективности родовой деятельности и появление возможности изменить план и завершить роды через естественные родовые пути; во-вторых, эта отсрочка позволяет плоду достичь максимального созревания. *Рождение незрелого ребенка — наиболее частая неприятность планового кесарева сечения.*

В случае выбора тактики в пользу родов через естественные родовые пути определяющим успех является состояние шейки матки.

Признано, что разработка методов подготовки мягких родовых путей актуальна. Основываясь на результатах собственных исследований, НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта [1] рекомендует методом выбора синтетические антигестагены, действующим началом в которых является мифепристон. В группе, где был применен мифепристон, 25 из 30 женщин с рубцом на матке были успешно родоразрешены через естественные родовые пути.

В нашей клинике проводятся исследования по применению динопростона (ПГ E2) для подготовки шейки матки к родам. Условием его назначения является доношенный срок, полноценный рубец и информированное согласие женщины, основанное на желании родить самостоятельно и доверии к персоналу. В группе, где был применен такой подход, успешно родили 40 (83,3%) пациенток. Опять-таки при правильном отборе кандидатов на вагинальные роды, сами роды проходят без осложнений.

Следует остановиться на организационном обеспечении родов. Роды у женщин с рубцом на матке должны вестись при неизменной *готовности к лапаротомии*. Следующим условием является постоянный *мониторинг за состоянием плода и сократительной деятельностью матки*. Обязательным является *ручное обследование полости матки* сразу после родов.

Спорные вопросы тактики

Продолжается дискуссия о возможности использования в родах утеротоников. В настоящее время имеются рекомендации, о возможности осторожного *назначения окситоцина* для коррекции родовой деятельности. Вместе с тем, признается, что применение утеротоников для родовозбуждения сопряжено с повышением риска разрыва матки.

Предметом дискуссии является *вопрос об эпидуральной анестезии* при влагалищном родоразрешении у женщин с рубцом на матке. Ее применение обосновано стремлением устранить страх родовой боли и помогает акушерам настроить пациентку на роды. Вместе с тем, при отсутствии должного наблюдения анальгезия может замаскировать клиническую картину начинающегося разрыва матки.

Полагаю, что в условиях клиники и коллектива, имеющего опыт ведения беременности и родов с рубцом на матке, контролируемое и непродолжительное применение окситоцина для регуляции родовой деятельности допустимо, а применение эпидуральной анестезии возможно и даже предпочтительно.

Нерешенные проблемы

Главным объяснением низкого процента влагалищных родов после предыдущего кесарева сечения является отсутствие активной поддержки такой тактики акушерами большинства женских консультаций и родильных домов. Для врачей женских консультаций субъективными причинами

этого являются невысокая профессиональная квалификация, отсутствие современных знаний по этой проблеме, отсутствие преемственности между женскими консультациями и акушерскими отделениями.

Вместе с тем, следует согласиться с требованием крупнейшего акушера-гинеколога страны академика Г. М. Савельевой в том, что *врач женкой консультации не должен определять способ родоразрешения и настраивать пациенток только на повторное чревосечение. Решение этого вопроса является прерогативой врача стационара.* Профессиональная убежденность врача женской консультации в преимуществах естественных родов, доверие к коллегам, которые совместно с будущей мамой делают выбор, должны вселить женщине оптимизм и оградить от неоправданно завышенных страхов перед разрывом матки по рубцу.

Субъективизм в акушерском стационаре проявляется в нежелании, а часто и неумении вести роды, укоренившихся традициях «агрессивного акушерства», стремлении путем кесарева сечения за один неполный час снять нагрузку многочасового ведения родов в ущерб своей квалификации и профессиональному мастерству.

Однако есть и серьезные объективные причины. Главная из них это отсутствие надежной юридической и профессиональной защиты врача в случае возникновения осложнений и тем более неблагоприятных исходов. Полагаю, что активная позиция Российского общества акушеров-гинекологов и его региональных отделений в поддержку вагинальных родов после кесарева сечения (по примеру Американского общества акушеров-гинекологов — ACOG), с одной стороны, и их участие в разрешении конфликтов между медицинским работником и пациентом с другой, должны стать нормой.

Заключение

Опыт профессиональных коллективов нашей страны и зарубежья свидетельствует о том, что роды у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения возможны и предпочтительны. Им должен предшествовать серьезный отбор пациенток (роды через естественные родовые пути, плановое кесарево сечение, кесарево сечение с началом родовой деятельности). Определяющим является настрой женщины на естественные роды. Все зависит от того, как ведут беременную в женской консультации. В роддоме прогноз зависит от состояния мягких родовых путей. Разумеется, родоразрешение пациенток с оперированной маткой должно происходить в акушерском стационаре III уровня.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Кузьминых Т.У., Поленов И.Н и др. Подготовка беременных с рубцом на матке к родоразрешению. Журнал акушерства и женских болезней, 2008; т. LVII: 1: 1-7.
2. ДеЧерни А.Х. Акушерство и гинекология: Учебное пособие: В 2 т./ Алан Х.ДеЧерни, Лорен Натан; Пер. с англ.; Под общ. ред. акад. PAMH A.H.С-трижакова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. Т.1: Акушерство.
3. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Буянова С.Н. Репродуктивные проблемы оперированной матки. М.: Миклош., 2008.
4. Оден М. Кесарево сечение: безопасный выход или угроза будущему? /Мишель Оден; Пер. с англ. М.: Междунар. шк. традиц акушерства, 2006.