

УДК 618.2-07+618.4-089]:618.14-089(075.9)

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ

Пастарнак А.Ю.

ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия (117198, Москва, ул.Миклухо-Маклая, 8); родильный дом № 15, Москва, Россия (115088, Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 3), e-mail: [rd15@mosgorzdrav.ru](mailto:rd15@mosgorzdrav.ru)

**Основной задачей акушерства является снижение материнской и детской заболеваемости и смертности. Большая роль в решении этой задачи отводится своевременному и оптимальному родоразрешению. В современном акушерстве только наличие рубца на матке не может являться абсолютным показанием к повторному абдоминальному родоразрешению. Роды через естественные половые пути при тщательном отборе пациенток допустимы лишь при состоятельности рубца, удовлетворительном состоянии матери и плода в крупных специализированных центрах. При этом рекомендуется пристальное наблюдение как за роженицей, так и за плодом для своевременного выявления возможных осложнений и быстрого оказания высококвалифицированной помощи. В обзоре представлены современные данные о методах родоразрешения у женщин с рубцом на матке – после кесарева сечения.**

Ключевые слова: абдоминальное родоразрешение, рубец на матке, кесарево сечение.

## PRESENT TENDENCIES IN THE SCOPE OF DELIVERY OF WOMEN WITH SURGICALLY OPERATED UTERUS

Pastarnak A.U.

State Educational Institution of higher professional education “PEOPLES’ FRIENDSHIP UNIVERSITY OF RUSSIA”, Moscow, Russia (117198, Moscow, Miklukho-Maklaya Str., 8); maternity hospital №15, Moscow, Russia (115088, Moscow, Sharikopodshipnikovskaya Str., 3), e-mail: [rd15@mosgorzdrav.ru](mailto:rd15@mosgorzdrav.ru)

**Reducing maternal and infant morbidity and mortality is the primary task of the obstetrics. Choosing the optimal delivery method and the right time for it is a core issue in performing this task. The presence of uterine scar solely can not be an absolute indication for a repeat cesarean section in modern obstetrics. Vaginal birth in thoroughly selected patients is only possible in large specialized centres, provided that the uterine scar is consistent and there is doubt of the well-being of the mother and the fetus. Meanwhile, a thorough surveillance of both mother and the fetus for timely detection and urgent management of possible complications is recommended. The present-day knowledge about methods of obstetric delivery of women with uterine scar – after cesarean section are presented in the review.**

Keywords: abdominal delivery, uterine scar, cesarean section.

Абдоминальное родоразрешение и его роль в снижении материнской смертности и неблагоприятных перинатальных исходов – одна из наиболее важных проблем современного родовспоможения во всем мире. Каждую минуту в мире выполняется 50 операций кесарева сечения [8].

Акушеры-гинекологи во всем мире все чаще отмечают не вполне отрадное явление: кесарево сечение как метод родоразрешения перешло из статуса необходимого вмешательства в инструмент перестраховки и даже удовлетворения пожеланий женщины [29]. А.А.Акintayoetal. (2013) [13] отмечают, что 6,4 % беременных, не имея медицинских показаний к абдоминальному родоразрешению путем кесарева сечения, высказывались за кесарево сечение по желанию. В Китае темпы распространенности кесарева сечения за 13 лет выросли с 13,1 % (показатель на 1995 год) до 50,4 %; частота кесарева сечения по желанию

женщины выросла с 0,6 % в 1995 году до 12,9 % – в 2008 году. Частота повторного кесарева сечения составила 97,5 % для женщин с предыдущей операцией кесарева сечения [16].

В статье А. Stasięuketal. (2012) [31] «Эпидемия кесарева сечения – результат либерализации показаний?» представлены следующие данные: частота кесарева сечения в Польше в 2010 году составила 30,1 % против 29,2 % в 2000 году, частота кесарева сечения при преждевременных родах в 2010 году 25,4 % против 11,9 % в 2000 году. Наиболее частым показанием для кесарева сечения в 2010 году было «отсутствие согласия пациента на роды *perviasnaturales*» (27,3 % в 2010 г против 17,9 % в 2000 г,  $p < 0,01$ ), отмечен также достоверный рост не акушерских показаний (14,1 % против 9,4 % соответственно).

Частота кесарева сечения в мире довольно вариабельна. В Австралии частота абдоминального родоразрешения составляет по различным стационарам от 11,8 % до 47,4 % [24]. В США ретроспективное исследование 228 562 родов, прошедших за период с 2002 по 2008 гг., показало, что частота кесарева сечения у первородящих составила 30,8 %, а у повторнородящих – 11,5 % [15].

В Российской Федерации в 2010 году частота оперативного родоразрешения составила 22 %, в то время как в 1995 году этот показатель находился на уровне 10,1 % всех завершённых беременностей, то есть прирост частоты оперативного вмешательства составляет 1 % в год [8]. За последние 15 лет частота кесарева сечения увеличилась в 2 раза, при этом также в 2 раза снизилась перинатальная смертность (16 % и 7,1 % соответственно) – сильная обратная статистическая зависимость.

Увлечшись оперативным родоразрешением в борьбе за перинатальные показатели, кесарево сечение используется как в самых сложных, так и довольно типичных акушерских ситуациях. Естественным родам все чаще предпочитают кесарево сечение, мотивируя интересами плода. Однако в 25 % случаев вместо кесарева сечения предпочтительны роды через естественные родовые пути, а 15 % самопроизвольных родов следовало бы предотвратить, осуществив абдоминальное родоразрешение [7].

Один из настоящих критериев эффективности кесарева сечения – показатель перинатальной смертности, однако он один не способен удерживать увлеченность врачей оперативным родоразрешением в разумных пределах. Вклад оперативного родоразрешения в снижении перинатальной смертности не более 30 % [4]. Г.М.Савельева и соавт. (2007) [10] констатирует, что снижение перинатальной смертности происходит при частоте кесарева сечения 13–14 % всех родов в популяции. Дальнейшее повышение частоты абдоминального родоразрешения не приводит к значительным изменениям показателей перинатальной заболеваемости и смертности. Так, увеличение частоты кесарева сечения в США с 20 до 33

% рождений в 2006–2009 г. не привело к ожидаемому улучшению неонатальных исходов [18].

С другой стороны, рост частоты абдоминальных родоразрешений свыше 15–17 % повышает вероятность послеоперационных осложнений при неизменной перинатальной смертности [5]. В 2013 году в Ирландии Национальный центр перинатальной эпидемиологии опубликовал интересные данные: кесарево сечение по сравнению с вагинальными родами может увеличить риск мертворождения на 23 % [25].

Актуализируется проблема инфекционно-воспалительных заболеваний пуэрперального периода по причине достаточно серьезных послеоперационных осложнений [12]. Увеличение числа женщин с рубцом на матке привело к возникновению целого ряда вопросов, в том числе таких, как: реализация репродуктивной функции после абдоминального родоразрешения, снижение выраженности симптомокомплекса «болезни оперированной матки».

Бесконечное расширение показаний к абдоминальному родоразрешению – второй по значимости фактор (после искусственного аборта), снижающий качество репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста [8]. Так или иначе, растет число повторнобеременных женщин с рубцом на матке. Для оптимизации неоправданно высокой частоты кесарева сечения необходимо провести переоценку большей части современных показаний к этому вмешательству. Среди показаний наиболее распространены рубец на матке и аномалии родовой деятельности. По мнению многих исследователей [5; 8], снижение частоты оперативного родоразрешения возможно, если рожать через естественные родовые пути станут женщины с рубцом на матке. При отсутствии противопоказаний, наличии состоятельного рубца на матке и желания женщины ей должна быть предоставлена попытка родов через естественные родовые пути [9].

В англоязычной литературе в работах, посвященных родам у женщин с рубцом на матке, используется несколько терминов, практически не применяемых в отечественных руководствах: VBAC (vaginalbirthaftercesarean) – влагалищные роды после кесарева сечения, TOL (trialoflabor) и TOLAC (trialoflaboraftercesarean) – попытка родов после кесарева сечения. Термин TOLAC сопоставим с отечественным планом родов через естественные родовые пути с расширением показаний к кесаревому сечению, или «запрограммированному» абдоминальному родоразрешению.

Кокрановский обзор (2012) показал, что TOLAC возможна в случаях маточных мюллеровых аномалий; при интергенетическом интервале менее 6 месяцев после предыдущего кесарева сечения; если акушерские условия благоприятны, то попытка вагинальных родов возможна и после двух кесаревых сечений; после предыдущей

миомэктомии (в зависимости от технических условий, при которых вмешательство было проведено); можно даже после предыдущей гистероскопической метропластики у женщин с внутриматочной перегородкой или перегородками, а также в случаях перфорации матки после монополярной коагуляции. По данным исследователей, тип шва на матке при кесаревом сечении не должен влиять на выбор способа родоразрешения. Однако недостаточно данных для рекомендаций ультразвукового измерения нижнего сегмента матки во время беременности для определения состояния рубца на матке.

Проведенные опросы свидетельствуют, что каждая вторая женщина с рубцом на матке планирует повторные роды, а каждая третья – эти планы реализует [11]. Однажды родоразрешенная путем кесарева сечения женщина при последующей беременности стоит перед выбором: либо роды через естественные родовые пути, либо плановое повторное кесарево сечение [17]. В настоящее время нет стандартизированных алгоритмов, определяющих выбор способа родоразрешения у женщин с рубцом на матке [27].

Материнская заболеваемость при повторном абдоминальном родоразрешении в 3–4 раза выше, чем при родах *per vias naturales*, а интраоперационные осложнения – в 5 раз выше и достигают 20 % [2]. В основном это трудности технического характера, связанные с рубцовыми изменениями тканей, спаечным процессом в малом тазу. Повторное кесарево сечение – фактор риска разрыва матки. Нередки затруднения и увеличение времени извлечения плода, как следствие у 73 % детей уже в раннем неонатальном периоде выявляются симптомы поражения ЦНС [1].

Была проанализирована и экономическая сторона вагинальных родов после кесарева сечения и установлено, что наиболее экономичным способом родоразрешения явились вагинальные роды по сравнению с повторным кесаревым сечением (1,835.06 евро против 4,039.87 евро соответственно), а также выявлялось, что качество жизни было умеренно выше (0,84 против 0,70 соответственно) [19].

Частота успешных родов через естественные родовые пути при локализации рубца в нижнем маточном сегменте в Скандинавских странах, Пакистане составляет 65 % – 70 % [28], в Польше – 48,3 % [23]. А по данным V.B. Bangaletal. (2013) [14], в некоторых клиниках Индии данный показатель достигает 85 %, при частоте разрыва матки – 2 %.

В США ситуация с родоразрешением женщин с рубцом на матке выглядит очень разнородной. Примерно одна треть родившихся в Соединенных Штатах – это родившиеся оперативным путем – частота кесарева сечения 32,9 % [15]. Несмотря на национальные рекомендации, в Калифорнии роды *per vias naturales* у женщин с рубцом на матке широко не практикуются. Наиболее частой причиной низкой частоты влагалищных родов после кесарева сечения было нежелание врача постоянно присутствовать в родах!

Беременность, роды и родительство – глубоко важные события в жизни, которые непосредственно влияют на жизнь почти 300 тысяч семей в Австралии каждый год. Редактор престижного австралийского журнала «Birth» написал в 2007 году: «снижение кесарева сечения во всем мире – сложная и трудная задача, которая должна решаться на многих фронтах, используя несколько стратегий» [32]. В Австралии высокие темпы роста кесарева сечения часто сопровождаются отсутствием поддержки вагинальных родов после кесарева сечения [21].

Отечественным акушерам придется столкнуться с той же проблемой, поскольку для её возникновения созданы все предпосылки. Отсутствие строго регламентированных стандартов ведения – обычное состояние, сопровождающее большинство акушерских ситуаций. Отсутствует четкий порядок действия врача в той или иной ситуации на фоне множества зачастую противоречащих друг другу рекомендаций.

В нашей стране подобный опыт ведения родов с рубцом на матке практически отсутствует, поскольку большинство акушеров не рискуют вести подобные роды и продолжают действовать по принципу Эдвина Крейгина (1916): «однажды кесарево – всегда кесарево» («oncescesarean – alwayscesarean») [3]. В Российской Федерации частота влагалищных родов у женщин после кесарева сечения составляет всего 5–8 % [5]. В то время как, по данным О.Г. Пекарева и соавт. (2010) [6], через естественные родовые пути может быть родоразрешено 28 % женщин с рубцом на матке.

Возрастающая юридическая незащищенность врача грозит исчезновением родов *per vias naturales* у женщин с рубцом на матке. Так, M.L. Socol, D.K. Socol (2012) [30] в своей статье «How do we deal with the legal risks?» («Как мы имеем дело с юридическими рисками?») отмечают, что акушерская практика рискует исчезнуть вовсе, что обусловлено увеличением оперативного родоразрешения по желанию женщины и по так называемым относительным показаниям; с другой стороны, авторы отмечают, что увеличившиеся судебные разбирательства в отношении медицинского персонала сами по себе способствовали эскалации кесарева сечения.

Отказ от родов через естественные родовые пути продиктован прежде всего страхом перед разрывом рубца на матке. Для формирования прогноза родов, предстоящих после кесарева сечения, очень важна объективная оценка рубца ещё до наступления настоящей беременности. Состоятельный рубец – шанс обойтись без абдоминального родоразрешения. Не все рубцы имеют одинаковую степень риска несостоятельности.

Анализ базы данных Medline, CochraneLibraryDatabase показал, что разрыв матки является причиной материнской смертности с частотой <1 %, а тяжелой заболеваемости у 15 %; перинатальной смертности – 3–6 %, перинатальная асфиксии – 6–15 % (Parant O.,

2012). По данным того же обзора, частота разрыва матки колеблется от 0,2 до 0,8 % при вагинальных родах после кесарева сечения. Установлено, что риск разрыва матки является весьма индивидуальным и определяется множеством факторов [20]. Так, риск разрыва уменьшается в случае предыдущих вагинальных родов после кесарева сечения и увеличивается в случае классического кесарева сечения, предыдущих разрывов матки, индукции родов (особенно с использованием простагландинов), более одного предыдущего кесарева сечения, макросомии плода и интервале между беременностями менее 6 месяцев.

В настоящее время интерес исследователей направлен на поиск эффективных методов диагностики состояний, связанных с угрозой разрыва матки по рубцу и самого разрыва матки в нижнем маточном сегменте. В настоящее время используют два классических метода – пальпацию нижнего сегмента матки и динамическое УЗИ. По данным С.А. Князева и соавт. (2012) [3], диагностическая ценность УЗИ составляет всего лишь 50 %. Иное мнение высказывают N. Koketal. (2013) [22], который показал, что измерение нижнего сегмента матки по стандартизированной методике является чувствительным и информативным методом: при толщине нижнего маточного сегмента от 0,6 мм до 2 мм чувствительность метода составила 76 %, а специфичность – 92 %.

По данным О.Г.Пекарева и соавт. (2010) [6], УЗИ позволяет оценить лишь толщину нижнего сегмента и при оценке угрозы разрыва матки в ходе родовой деятельности предпочтение следует отдавать клиническим признакам несостоятельности рубца (жалобы, локальная болезненность нижнего сегмента матки, кровянистые выделения), а данные УЗИ считать второстепенными.

### Список литературы

1. Болотова О.В. Современные возможности оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения // Акуш. и гинек. – 2009. – № 5. – С.7-9.
2. Горбачева А.В. Ближайшие и отдаленные результаты повторного кесарева сечения: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М., 2008.
3. Князев С.А., Оразмурадов А.А., Голикова Т.П. и др. Разрыв матки: прошлое, настоящее, будущее // Вестник РУДН. Серия Медицина. Акушерство и гинекология. – 2012. – № 6. – С.176-186.
4. Костин И.Н. Резервы снижения репродуктивных потерь в Российской Федерации: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 48 с.

5. Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Петрухин В.А. и др. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы // Акуш. и гинек. – 2012. – №1. – С.4-8.
6. Пекарев О.Г., Майбородин И.В., Пекарева Е.О. Самопроизвольное родоразрешение у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения: миф или реальность? // StatusPraesens. – 2010. – № 2 [4] 05. – С. 67-71.
7. Радзинский В.Е., Князев С.А., Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации – минимум опасности для матери и младенца. – М.: Эксмо, 2009. – 288 с.
8. Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. – М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2011. – 688 с.
9. Радзинский В.Е., Кузнецова О.А., Любешкина В.А. и др. Программированные роды у женщин с оперированной маткой // Вестник РУДН. Серия Медицина. Акушерство и гинекология. – 2012. – № 6. – С.10-14.
10. Савельева Г.М., Караганова Е.Я., Курцер М.А. и др. Кесарево сечение в современном акушерстве// Акуш. и гин. – 2007. – № 2. – С. 3-8.
11. Фаткуллин И.Ф. Роды через естественные родовые пути после кесарева сечения // StatusPraesens. – 2009. – № 1[2] 11. – С. 15-19.
12. Шляпников М.Е. Системный подход к лечению послеродового эндомиометрита и оптимизации абдоминального родоразрешения: Автореф. дис ... д-ра мед. наук. – М., 2009. – 48 с.
13. Akintayo A.A., Ade-Ojo I.P., Olagbuji B.N. et al. Cesarean section on maternal request: the viewpoint of expectant women. // Arch Gynecol Obstet. – 2013. – Oct 31. [Epub ahead of print].
14. Bangal V.B., Giri P.A., Shinde K.K. et al. Vaginal birth after cesarean section.// N Am J Med Sci. – 2013. – V.5, № 2. – P.140-144.
15. Boyle A., Reddy U.M., Landy H.J. et al. Primary cesarean delivery in the United States. // Obstet Gynecol. – 2013. – V.122, № 1. – P.33-40.
16. Cui H.S., Li H.T., Zhu L.P. et al. Secular trends in cesarean delivery and cesarean delivery on maternal request among multiparous women who delivered a full-term singleton in Southern China during 1993–2005 // Beijing Da XueXueBao. – 2013. – V.45 (3). – P.422-426.
17. Declercq E. The absolute power of relative risk in debates on repeat cesareans and home birth in the United States // J Clin Ethics. – 2013. – V.24 (3). – P.215-224.
18. Dresang L.T., Leeman L. Cesarean delivery // Prim Care. – 2012. – V.39(1). – P.145-165.
19. Fawsitt C.G., Bourke J., Greene R.A. et al. At what price? A cost-effectiveness analysis comparing trial of labour after previous caesarean versus elective repeat caesarean delivery // PLoS One. – 2013. – V.8(3): e58577.

20. Holmgren C.M. Uterine rupture associated with VBAC // *ClinObstet Gynecol.* – 2012. – V.55(4). – P.978-987.
21. Homer C.S.E., Besley K., Bell J. et al. Does continuity of care impact decision making in the next birth after a caesarean section (VBAC)? // *BMC. Pregnancy Childbirth.* – 2013. – V.13. – P.140.
22. Kok N., Wiersma I.C., Opmeer B.C. 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 meta-analysis // *Ultrasound Obstet Gynecol.* – 2013. – V.42(2). – P.132-139.
23. Kuś E., Orłowska K., Kowalska-Koprek U. et al. Analysis of delivery types in women after previous cesarean section // *Ginekol Pol.* – 2012. – V.83(3). – P.174-177.
24. Lee Y.Y., Roberts C.L., Patterson J.A. et al. Unexplained variation in hospital caesarean section rates. // *Med J Aust.* – 2013. – V.199, № 5. – P.348-353.
25. O'Neill S.M., Kearney P.M., Kenny L.C. et al. Caesarean delivery and subsequent stillbirth or miscarriage: systematic review and meta-analysis // *PLoS One.* – 2013. – V.8(1): e54588. doi: 10.1371/journal.pone.0054588. Epub 2013 Jan 23.
26. Parant O. Uterine rupture: prediction, diagnosis et management // *J GynecolObstetBiolReprod (Paris).* – 2012. – V.41(8). – P.803-816.
27. Scott J.R. Vaginal birth after cesarean delivery: a common-sense approach // *Obstet Gynecol.* – 2011. – V.118(2 Pt 1). – P. 342-350.
28. Siddiqui S.A. Obstetric factors for unsuccessful trial of labor in second-order birth following previous cesarean // *Ann Saudi Med.* – 2013. – V.33, № 4. – P.356-362.
29. Selinger H. Maternal request for caesarean section: an ethical consideration // *J Med Ethics.* – 2013, Nov 18. doi: 10.1136/medethics-2013-101558.
30. Socol M.L., Socol D.K. How do we deal with the legal risks? // *ClinObstet Gynecol.* – 2012. – V.55(4). – P.1014-1020.
31. Stasieluk A., Langowicz I., Kosińska-Kaczyńska K. et al. Is the epidemic of cesarean sections the result of more liberal indications? // *Ginekol Pol.* – 2012. – V.83, № 8. – P. 604-608.
32. Young D. New Evidence on Cesareans // *Birth.* – 2007. – V.13 (1). – P.1–2.

#### **Рецензенты:**

Петрова В.Д., д.м.н., заведующая отделением гинекологии ГКБ № 12, г. Москва.

Старцева Н.М., д.м.н., заведующая отделением патологии беременности ГКБ № 29, г. Москва.