

Хитров М.В., Охалкин М.Б.

Консервативное родоразрешение женщин с анамнезом кесарева сечения – реальный путь снижения числа кесаревых сечений

Кафедра акушерства и гинекологии Ярославской медицинской академии

Рост частоты кесарева сечения (КС) более 7–12%, как показывает мировой опыт последних десятилетий, не приводит к значительному снижению перинатальной заболеваемости и смертности, но существенно повышает риск материнской смертности, увеличивает материнскую заболеваемость и неизбежно сопряжен с проблемой родоразрешения при наличии анамнеза КС. Однажды перенесенное КС нередко является показанием к проведению КС при повторном родоразрешении.

Основной причиной отказа от попытки влагалищного родоразрешения (ВР) женщин «с рубцом на матке» является страх осложнений и, прежде всего разрыва матки (РМ). Преимущества ВР очевидны – материнская заболеваемость ниже, с меньшим количеством послеродовых осложнений и более коротким сроком стационарного пребывания, низкая стоимость родов, проще проводить естественное вскармливание, женщины быстрее возвращаются к полноценной жизни. По данным США, увеличение КС на 1% приводит к повышению стоимости оказания акушерской помощи на 63 млн. долларов в год, а при осложнениях эта цифра увеличивается в 2–3 раза. Абдоминальное родоразрешение женщин с анамнезом КС требует дополнительных затрат до 0,5 млрд. долларов в год.

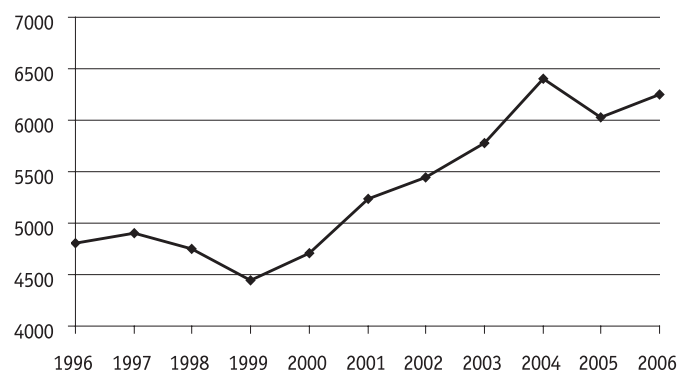


Рисунок 1. Количество родов по г. Ярославлю за период 1996–2006 г.

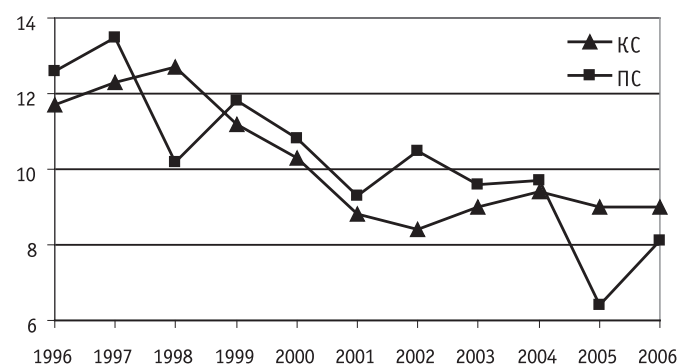


Рисунок 2. Процент кесаревых сечений (КС) и перинатальная смертность (ПС %) по г. Ярославлю за период 1996–2006 г.г.

Мета-анализ 224 исследований по родоразрешению женщин с анамнезом КС продемонстрировал, что не имеется никакого различия в частоте бессимптомных РМ при ВР в сравнении с повторным КС при наличии анамнеза КС. Риск симптомного РМ при ВР с анамнезом КС составил 2,7 на 1000, риск перинатальной смертности из-за разрыва по рубцу – 1,5 на 10 000, риск экстирпации матки – 4,8 на 10 000 [2]. Современный мировой опыт доказал, что успех ВР после КС в анамнезе находится в диапазоне от 60 до 80%. [1,6,7]. ВР у женщин с двумя и более КС в нижнем сегменте поперечным разрезом возможно в 65% случаев [3]. Несостоятельность рубца при ведении родов через естественные родовые пути не превышает 0,5–1% [4,5].

Цель исследования – анализ практики консервативного родоразрешения при наличии анамнеза КС в г. Ярославле, ее влияние на уменьшение числа КС и возможное увеличение частоты РМ.

На рис.1 представлено количество родов по г. Ярославлю за период 1996 – 2006 г. г.

На рис.2. представлен процент КС и показатели перинатальной смертности по г. Ярославлю за период 1996–2006 г.г., который иллюстрирует реальную возможность снижения процента КС с 12–13% до 8–9% без увеличения перинатальных потерь. Параллельно снижению процента КС наблюдается снижение перинатальной смертности с 12–13‰ до 7–8‰. Данный факт подтверждает рекомендации ВОЗ об оптимальном проценте КС к общему числу родов в диапазоне 7–10% и демонстрирует разумное снижение процента КС без увеличения показателя перинатальной смертности.

Практика ВР при анамнезе КС в г. Ярославле началась с 1998 г. Всего за период с 1998 по 2007 г. в акушерских стационарах при наличии анамнеза КС родоразрешена 1221 беременная: 883 из них путем повторного КС, а 338 через естественные родовые пути (27,7 %). Распределение числа беременных, с анамнезом КС и процент ВР среди них, по акушерским стационарам города, с указанием начала практики консервативного родоразрешения представлено в таб. 1.

Таблица 1.

Распределение беременных с анамнезом КС по акушерским стационарам

Акушерский стационар	Число беременных с анамнезом КС	Процент влагалищных родов
МУЗ КБ №1 (2000–2006)	203	41,4
МУЗ КБ №2 (2001–2006)	297	23,2
МУЗ КБ №9 (1998–2006)	245	34,7
МСЧ НЯ НПЗ (2001–2006)	236	19,5
ОРД (2002–2006)	240	22,5

Для решения вопроса о возможном влиянии практики консервативного родоразрешения при наличии анамнеза КС на увеличение числа случаев РМ проведен анализ всех случаев РМ, включая период лет с 1993 по 1998 г. когда отсутствовала практика консервативного ведения родов. За период с 1993 по 2007 г. было 19 случаев РМ на 89033 родов, частота составила 0,02%. В таб. 2 представлено распределение всех случаев РМ за указанный период по акушерским стационарам города в те годы когда они наблюдались и их частота к общему числу родов в стационаре за календарный год.

При анализе 19 случаев РМ установлено, что анамнез КС при предыдущих родах имел место у 13 женщин (68,4%). Все случаи РМ разделены на 3 группы: I группа – 6 случаев РМ с анамнезом КС при попытке ВР; II группа – 7 случаев РМ при наличии анамнеза КС при elective КС без попытки ВР; III группа – 6 (31,6 %) случаев РМ без анамнеза КС.

I группа: 6 случаев РМ с анамнезом КС при попытке ВР. У 2 из них в анамнезе было 2 КС с интервалом 3 и более лет до настоящей беременности. У всех женщин попытка ВР была вполне обоснованной. Родовозбуждение в/в окситоцином с мониторингом за характером родовой деятельности и подготовкой шейки матки простагландинами проведено в 2-х случаях. Своевременно диагностированные интранатально симптомы начинающегося РМ имели место у 5 рожениц: в начале 1-го периода родов; при открытии маточного зева на 9 см (вторичная слабость родовой деятельности); во II периоде родов. Объем оперативного вмешательства: в 3-х случаях при расхождении нижнего сегмента, выявленном при КС по поводу слабости родовой деятельности проведено ушивание разрыва; в 3-х – надвлагалищная ампутация матки без придатков, из них в одном случае ввиду кровотечения после надвлагалищной ампутации матки возникла необходимость релапаротомии с экстирпацией шейки. Перинатальные потери составили 1 случай ранней неонатальной смертности: новорожденный умер через 12 часов после родов (интранатальная гипоксия).

II группа: 7 случаев РМ с анамнезом КС без попытки ВР. В 6 случаях диагноз РМ был поставлен во время операции КС

Таблица 2.

Количество РМ по стационарам за период 1993–2006 г.г. и их частота к общему числу родов в стационаре за год

Год	Акушерский стационар				
	МУЗ КБ № 1	МУЗ КБ № 9	ОРД	МСЧ НЯ НПЗ	Б-ца им. Семашко
2006			1–0,07%		
2005	2–0,07%		1–0,07%		
2004			1–0,07%		
2003	3–0,2%	1–0,07%	1–0,07%		
2002		2–0,1%	2–0,14%		
1999				1–0,09%	
1998			1–0,1%		
1997					1–0,1%
1995			1–0,1%		
1994			1–0,09%		

при отсутствии клинической симптоматики и кровотечения (расхождение нижнего сегмента). В 1 случае клиника РМ появилась при преждевременном разрыве плодного пузыря в 33 нед. беременности и зрелости шейки матки 2 балла у беременной с антенатальной гибелью плода в 32 нед. (при гистологическом исследовании краев разрыва – некротизированный миометрий). Объем оперативного вмешательства: в 1 случае недоношенной беременности – надвлагалищная ампутация матки; в 6 других случаях – ушивание разрыва. Перинатальные потери – 1 случай антенатальной гибели недоношенного плода.

III группа: 6 случаев (31,6%) РМ без анамнеза КС. В 1 случае диагноз бессимптомного РМ (расхождение нижнего сегмента) был поставлен во время КС по поводу клинически узкого таза. В 1 случае РМ в области дна (от левого до правого трубного угла) произошел до поступления в стационар в 29–30 нед. у беременной, не состоявшей на учете, по не установленным причинам (не исключено криминальное вмешательство). В 1 случае РМ произошел до поступления в стационар у беременной, не состоявшей на учете, с «запущенным поперечным положением плода» и антенатальной гибелью. В 3-х случаях диагноз РМ поставлен в раннем послеродовом периоде при проведении ручного обследования полости матки по поводу кровотечения: после нормальных родов в головном предлежании – разрыв шейки матки III степени; после нормальных родов в головном предлежании с анамнезом 3-х аборт (разрыв по ребру в месте спаечного процесса с кишечником, указывающий на возможность перфорации матки при аборте); после родов в головном предлежании со слабостью родовой деятельности, родостимуляцией в/в окситоцином и дистоцией плечиков (разрыв матки по ребру). Объем оперативного вмешательства: в 1 случае – надвлагалищная ампутация матки без придатков; в 5 случаях – экстирпация матки без придатков; в 1 случае ввиду кровотечения возникла необходимость релапаротомии. Перинатальные потери составили 3 случая: 2 антенатальной гибели и 1 интранатальной гибели при дистоции плечиков.

Материнской смертности в 19 случаях РМ не было. Частота РМ у женщин с анамнезом КС составила: при ВР – 1,77 % (6 из 338); без попытки ВР – 0,79 % (7 из 883); вне зависимости от способа родоразрешения – 1,06 % (13 из 1221). Однако, истинная частота РМ при наличии анамнеза КС вне зависимости от способа родоразрешения будет значительно меньше, так как общее число беременных с анамнезом КС значительно больше (с учетом неучтенных в общем количестве за период лет, когда в указанных стационарах отсутствовала практика консервативного родоразрешения). Перинатальная смертность в целом при РМ составила 5 случаев (26,3%); в 3-х случаях плод погиб антенатально до разрыва матки; 1 случай интранатальной гибели; 1 случай ранней неонатальной смертности. Перинатальная смертность при РМ с анамнезом КС: при ВР – 2,96‰ (1 из 338); без попытки родов через влагалище – 1,13‰ (1 из 883); вне зависимости от способа родоразрешения – 1,63‰ (2 из 1221). Объем оперативного вмешательства: в 9 случаях РМ был ушит (47,4%); в 5 случаях была выполнена надвлагалищная ампутация матки (26,3%); в 5 случаях была выполнена экстирпация матки (26,3%); в 2 случаях возникла необходимость релапаротомии (10,5%).

Выводы

Консервативное родоразрешение женщин с анамнезом КС – один из реальных путей снижения числа КС. Беременные с анамнезом КС вне зависимости от способа родоразрешения представляют группу риска по РМ. Частота РМ в последние годы не связана с тактикой ВР женщин с анамнезом КС и применением простагландинов для подготовки шейки матки. ВР при анамнезе КС является вполне оправданным и относительно безопасным для матери при условии тщательного отбора беременных и соответствующей квалификации учреждения родовспоможения. Перинатальные потери при наличии анамнеза КС невелики и могут быть полностью устранены как при консервативном, так и при оперативном родоразрешении. Оперативные вмешательства по экстренным показаниям вследствие РМ любой этиологии, в сравнении с плановыми операциями, значительно чаще сопровождаются удалением матки, показания к которой в отдельных случаях следует оценивать критически.

В высококвалифицированных акушерских стационарах современные технологии родоразрешения должны стать главной альтернативой чрезмерному увлечению абдоминальным родоразрешением.

Литература

1. Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. SOGC. №155. //J. Obst. Gyn. Can. – 2005.– P. 164–174.Ccccc
2. Guise J.M., McDonagh M., Hashima J., et al. Vaginal birth after cesarean section. Evidence Report/Technology Assessment №71 (prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under contract № 290-97-0018). AHRQ Publication № 03-E018. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2003.
3. Guise J.M., et al. Evidence-based vaginal birth after Caesarean section. //Best Practice & Research Clinical Obst. & Gyn. – 2005.–V.19. – №1.– P.117–130.
4. Lombaard H., Pattinson R. C. Uterine rupture: the road ahead? //Eur. Clinics. Obstet. Gynaecol. – 2006.– V. 2. – P. 131–138.
5. Newton E. R. Vaginal Birth After Cesarean Prediction: A Self-Fulfilling Prophecy? //Obstet. Gynecol.– 2007.– V.109.– №4.– P. 796–797.
6. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington (DC): ACOG; 2004. Practice Bulletin №54.–10 p.
7. Wall E., Roberts R., Deutchman M., et al. Trial of labor after cesarean (TOLAC), formerly trial of labor versus elective repeat cesarean section for the woman with a previous cesarean section. Leawood (KS): American Academy of Family Physicians. – 2005.–18 p.