

Клинический подход к методу родоразрешения после операции кесарева сечения в практике врача

П.Н. Веропотвелян¹, Н.П. Веропотвелян¹, И.С. Цехмистренко², И.В. Гужевская³, П.С. Горук¹

¹ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», г. Кривой Рог

²Перинатальный центр, г. Киев

³Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

В статье представлены вагинальные роды после кесарева сечения (VBAC), которые становятся все более распространенными. В литературе активно обсуждается данные зарубежной и отечественной литературы, которые свидетельствуют о том, что роды у пациенток с рубцом на матке после кесарева сечения возможны и предпочтительны. Отражены современные тенденции выбора метода родоразрешения у пациенток с предыдущим кесаревым сечением, которые являются реальной перспективой снижения роста абдоминальной хирургической коррекции.

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец на матке, самопроизвольные роды.

Выбор метода родоразрешения после операции кесарева сечения (КС) до настоящего времени является предметом дискуссии. Вызывает тревогу существенное увеличение частоты хирургического родоразрешения как за рубежом, так и в Украине, поскольку стремление решить все акушерские вопросы с помощью операции оказалось несостоятельным. По данным мировой литературы, каждая четвертая женщина родоразрешается путем КС и у каждой пятой из них послеоперационный период протекает с осложнениями [13].

Однако современное акушерство невозможно представить без КС, которое нередко применяют для родоразрешения. Именно поэтому отмечается увеличение числа пациенток с анамnestическими показаниями к КС. В связи с этим существенное увеличение оперативного родоразрешения как за рубежом, так и в нашей стране, стало актуальной проблемой (приказ МЗ Украины № 976 от 27.12.2011 г.) (рис. 1, 2, 3).

По данным OECD Health Statistics. Health at a Glance, 2013 [1] – в США КС выполняют примерно в 31,4 % случаев, в Австралии – 28,3 %, в Чили – 37,7 %, в Мексике – 49 %.

Увеличение частоты КС известно и имеет объективные причины – это: женщины после хирургических вмешательств на матке, возрастные первородящие, беременные после применения вспомогательных репродуктивных технологий, неудовлетворительные результаты исследований состояния плода (кардиотокография, доплерометрия, ультразвуковые исследования – УЗИ).

Результаты исследования V. Serova [40] свидетельствуют, что более чем в 25% случаев показанием к оперативному родоразрешению является наличие рубца на матке после предшествующей операции, которая служит в ряде случаев единственной причиной выполнения повторной операции КС. Следует отметить, что осложнения после такого родоразрешения возникают чаще, чем при родах через естественные родовые пути, вот почему так важен поиск мер, направленных на снижение их частоты.

Множество ученых – отечественных и зарубежных: В. Запорожко, Б. Венцовский, В. Каминский, Ю. Вдовичен-

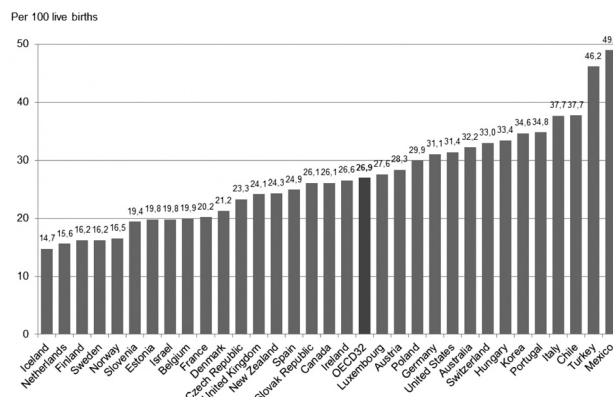


Рис. 1. Процент КС в мире за 2011 год [1]

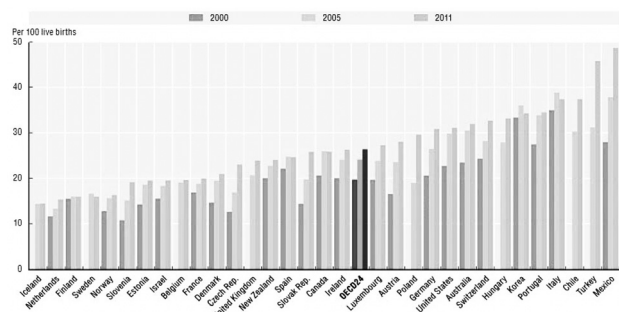


Рис. 2. Динамика увеличения количества КС в мире с 2000 по 2011 год [1]

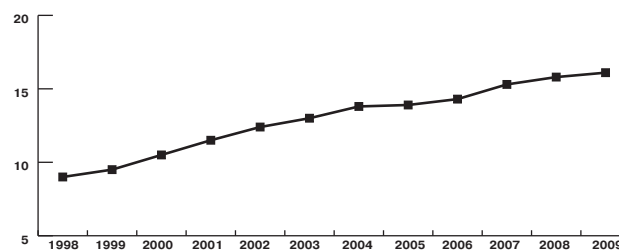


Рис. 3. Динамика увеличения количества КС в Украине с 1998 по 2009 год [15]

ко, J. Guise, S. Khunpradit [3, 4, 6, 7] отмечают, что проведенная любая полостная операция КС сопряжена с высоким риском развития осложнений как во время проведения операции, так и в послеоперационный период, и увеличивает прежде всего материнскую заболеваемость и смертность, яв-

ляясь основной причиной развития послеродовых инфекционных осложнений.

Принимая во внимание изложенное выше и в соответствии с Приказом МЗ Украины № 976 от 27.12.2011 г. «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Вагінальні пологи після кесарева розтину»» – ведение родов через естественные родовые пути с рубцом на матке рассматривается как реальный путь снижения уровня КС.

Исход беременности и родов после абдоминального родоразрешения зависит от полноценной репарации тканей матки после ее рассечения, что обеспечивает формирование состоятельного рубца. Каждый врач-акушер знает, что КС, выполненное в нижнем сегменте поперечным разрезом с наложением однорядного непрерывного шва и неосложненным течением послеоперационного периода, сопровождается формированием полноценного рубца на матке, способствует последующему родоразрешению через естественные родовые пути.

Вместе с тем, основной проблемой является улучшение репаративного процесса в области рубца после КС. Для формирования более полноценного рубца на матке при КС V. Rodzinsky и соавторы [14] применили аргоноплазменную коагуляцию у 646 женщин. Как известно, состоятельным рубцом является плотное образование из гиалинизированной, богатой коллагеновыми волокнами соединительной ткани, возникающее в результате регенерации при нарушении ее целостности.

Ряд исследователей [2, 5] считают, что заживление рассеченной стенки матки может происходить путем как реституции (полноценная регенерация), так и субституции (неполноценная регенерация). При полноценной регенерации заживление раны происходит благодаря гладкомышечным клеткам, при субституции – благодаря пучкам грубой волокнистой соединительной, нередко гиалинизированной ткани; при таком типе заживления с наибольшей вероятностью возможен разрыв матки при последующей беременности.

В настоящее время оценка состояния рубца на матке после операции КС остается важной задачей в акушерстве.

Факторы риска формирования несостоятельного рубца на матке после КС: наиболее значимыми факторами риска развития гнойно-септических осложнений после КС являются:

- инфекционно-воспалительные акушерские и гинекологические заболевания в анамнезе – 100%;
- предшествующее бесплодие – 22,6%;
- перенесенные или имеющиеся хронические заболевания бронхолегочной системы – 30%;
- прикрепление плаценты в разрез при КС – 40%;
- проведенные операции в условиях резкого истончения нижнего маточного сегмента – 23,6%;
- наличие технических погрешностей в ходе операции, применение грубых ручных приемов выведения головки, использование непрерывного шва для зашивания матки, применение реактогенного материала, проведение неадекватного гемостаза; продолжительность операции более 2 ч, патологическая кровопотеря [5, 16, 17].

N. Kan, V. Tyutyunnik и соавторы считают, что ультразвуковым признаком неполноценности рубца является его истончение до 1 мм [9]. Необходимо отметить, что использование данного метода в качестве скрининга ограничено из-за низкой чувствительности, но обуславливает возможность его применения при наличии клинических проявлений несостоятельности рубца на матке. Согласно множественным публикациям рекомендуется проведение УЗИ при помощи трансвагинального датчика в сочетании с доплерометрией сосудов нижнего маточного сегмента.

Исследования С. Spong и соавторов, M. Landon [8, 10] свидетельствуют, что толщина миометрия по данным УЗИ в

области предполагаемого рубца на матке более 3,5 мм является одним из критериев возможности ведения самопроизвольных родов после предыдущего КС.

Практическому врачу целесообразно помнить, что вне беременности информативными методами определения состояния рубца на матке являются эндоскопия и УЗИ. При гистероскопии участки втяжения или утолщения, отсутствие сосудов, бледный цвет ткани в нижнем маточном сегменте свидетельствуют о неполноценности регенерации рубца.

Ряд авторов [5, 16] считают, что такие УЗ-признаки, как неровный контур, истончение миометрия, прерывность контуров рубца, гиперэхогенные включения также характеризуют неполноценность рубца.

Итак, УЗ-критериями несостоятельности рубца на матке являются:

- атипичность расположения рубца;
- деформация наружного контура матки на уровне перешейка или в другом месте зоны рубца;
- втяжение серозной оболочки;
- наличие деструктивных изменений зоны рубца с формированием полостей в миометрии;
- истончение миометрия, визуализация «ниш» и деформация в проекции рубца с истончением миометрия на 4–5 мес;
- наличие «ниши» или «ниш» со стороны полости матки, резкое истончение миометрия в зоне рубца до 2–3 мм (критические значения) или отсутствие миометрия в зоне рубца – полная несостоятельность [5];
- втяжение эхогенной ткани со стороны серозной оболочки в виде тяжей и неопределенных полей неправильной формы без четких границ;
- отсутствие убедительной васкуляризации миометрия в зоне рубца при энергетическом картировании.

Допплерометрия и трехмерная реконструкция нижнего маточного сегмента позволяет оценить гемодинамику в рубце и косвенно судить о его полноценности. Результаты использования методов диагностики состояния рубца на матке нужно учитывать при решении вопроса о возможности планирования последующей беременности, ее ведения и родоразрешения.

В своих исследованиях A. Edwards и соавторы, V. Krasnopolsky и другие [29, 30] отмечают, что при обнаружении эхографических признаков послеродового эндометрита или несостоятельных швов на матке показано проведение гистероскопии.

Детальный анамнез и медицинская документация позволяют заподозрить неполноценную регенерацию рубца, анализируя следующее: характер осложнений в родах, локализация разреза на матке, техника накладывания швов, продолжительность хирургического вмешательства, величина кровопотери, особенности течения послеоперационного периода, возникновение послеродовых инфекционно-воспалительных осложнений на 3–5-е сутки послеродового периода. Размеры матки значительно превышают таковые, соответствующие нормальным инволютивным срокам, матка болезненная при пальпации. Лохии мутные, иногда кровянисто-гнойные, с запахом. Признаки интоксикации либо отсутствуют либо выражены умеренно. При тяжелых формах наблюдается общая интоксикация. Практическому акушеру важно не забывать и о длительности интервала между беременностями и др.

В своих исследованиях T. Kostrzewa и соавторы (2010) [11] достоверно проиллюстрировали, что послеродовой эндометрит является основной причиной формирования неполноценного рубца на матке после КС.

О несостоятельности швов на матке при гистероскопии на фоне эндометрита свидетельствуют следующие признаки:

– отек и перегиб матки в области швов и, как следствие этого, лохио- или пиометра;

– наличие пузырьков газа в области дефекта швов;

– провисание лигатур, свисание узлов в полость матки, свободное нахождение нитей в полости матки и промывных водах;

– выявление в области швов на матке участков эндометрия темного или черного цвета, резко контрастирующих с остальной поверхностью эндометрия (плохой прогностический признак, свидетельствующий о необратимых гнойно-некротических изменениях нижнего маточного сегмента, являющихся результатом некробиотического воспаления) – анаэробная или гнильственная флора;

– визуализация дефекта послеоперационных швов в виде «ниши», т.е. воронкообразное «втяжение» различной величины и глубины. Как правило, зона дефекта всегда «прикрыта», т.е. отграничена от свободной брюшины задней стенкой мочевого пузыря и пузырно-маточной складкой;

– определение сформировавшегося свищевого хода (при маточно-пузырных свищах).

Медицинские аборт, проведенные у пациенток в интервале между предшествующим КС, и наступление последующей беременности также служат фактором риска неполноценного заживления рубца на матке.

N. Kap и соавторы (2014) [9] отмечают, что верификация неполноценного рубца основывается на данных интраоперационной оценки области нижнего маточного сегмента во время повторного КС и его последующего морфологического исследования. Полноценные рубцы, как правило, не визуализируются при КС или представлены в виде соединительно-тканного рубца толщиной 3–5 мм.

Неполноценные рубцы чаще представляют собой локальное или тотальное истончение миометрия менее 2 мм. Такие морфологические критерии, как наличие очагов дезорганизации соединительной ткани в виде мукоидного набухания, фибриноидного набухания и фибриноидного некроза, некроза лейкоцитов, интрамуральных гематом и множественных петехиальных кровоизлияний, и, кроме того, воспалительная инфильтрация и неангиогенез являются подтверждением неполноценности рубца на матке [9, 5].

Раньше многие акушеры при родоразрешении беременных с рубцом на матке после КС следовали постулату: одно КС – всегда КС. Но, тем не менее, в настоящее время, особенно за рубежом, в связи с новыми достижениями в оперативной технике и послеоперационном ведении пациенток частота консервативного родоразрешения женщин с рубцом на матке постепенно возрастает.

Результаты работ J. Hill и соавторов (2012), L. Sentilhes и соавторов (2013), J. Scott (2014) [12, 18, 19] свидетельствуют, что 60–80% пациенток, или каждая 3–4-я женщина из 5 перенесших ранее первичное КС, могут быть успешно родоразрешены через естественные родовые пути.

Результаты American College of Obstetricians and Gynecologists (2010) [20] свидетельствуют, что если предыдущее КС было проведено в нижнем маточном сегменте поперечным разрезом, то риск разрыва матки при вагинальных родах составляет от 0,2% до 1,5%, что соответствует 1:500. Кроме того, американские эксперты S. Tahseen, M. Criffiths (2010) [21] считают, что вагинальные роды после КС безопаснее, чем повторное КС, и роды через естественные родовые пути после более чем одного предыдущего КС также не имеют повышенного риска осложнений.

Исследователи J. Guise и соавторы [3] провели обзор результатов о материнских и неонатальных исходах, связанных с vaginal birth after cesarean (VBAC) и показали низкий рост тяжелых осложнений: материнская смертность была выше при плановой повторной операции КС – 0,013% по сравнению с 0,004% при вагинальных родах, частота гистерэктомии и мас-

сивной кровопотери была сопоставима, но в то же время риск разрыва матки был выше при родах через естественные родовые пути, в отличие от повторного КС (0,47% против 0,03%). Суммируя результаты исследования, VBAC считается разумным выбором для большинства пациенток, при этом благоприятные данные достаточно редко встречаются как для планового повторного КС, так и для VBAC.

Исследователи отмечают, что нужно дальнейшее проведение исследований для выявления женщин, которые подвержены наибольшему риску в отношении исходов родов. Такие же результаты National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel [22], который подтвердил, что риск материнской смертности после VBAC ниже по сравнению с повторным КС (3,8 против 13,4 из 100000). A. Studsgaard и соавторы (2013) [23] в Дании провели проспективное когортное исследование, которое подтвердило приемлемость родоразрешения через естественные родовые пути после КС в анамнезе у пациенток без отягощенных факторов риска. Роды через естественные родовые пути после предыдущего КС были успешны в 67% случаев, частота разрыва матки составила 1,3%, при этом не было обнаружено тяжелых неонатальных осложнений.

Представляет интерес исследование T. Metz и соавторов (2013) [38], в которых изучены исходы родов у 1170 пациенток, отобранных для проведения пробных родов через естественные родовые пути после первичного КС в анамнезе, при помощи мультивариабельной логической регрессии создали большую шкалу прогнозирования успешности VBAC. По шкале Bishop оценивали состояние зрелости шейки матки перед родами, кроме того, суммировались такие показатели, как: естественные роды в анамнезе, возраст менее 35 лет, отсутствие соматической патологии и индекс массы тела до беременности менее 30 VBAC – роды произошли в 85% случаев у пациенток с 16 и более баллами по прогностической шкале, в то время как у пациенток с 10 и менее баллами VBAC – произошли только у 50%.

Исследователи сообщают, что важную роль в благоприятном исходе при самопроизвольных родах после КС играет степень зрелости шейки матки, но в то же время дальнейший поиск и построение моделей прогнозирования возможности VBAC считается особенно актуальной и современной задачей.

V. Grobman и соавторы, G. Pearson, S. Eckford (2013) [24, 25] в своих неоднократных исследованиях показали, что неблагоприятными факторами в возможности родов после КС являются следующие анамнестические данные: выполнение предыдущего КС по поводу преэклампсии, аномалии родовой деятельности, клинически узкого таза, предлежания и/или преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, при длительном безводном периоде.

Кроме того, исследователи отмечают снижение вероятности родов через естественные родовые пути при ожирении, анемии и хронических инфекционных заболеваниях. Довольно часто несостоятельным оказывается рубец на матке у пациенток, перенесших и малое КС, или КС с корпоральным разрезом.

По данным ACOG Practice Bulletin № 115 (2010) и результатам исследования N. Obeidat (2013) [20, 26] предикторами, повышающими шанс на успех VBAC, являются: самопроизвольные роды в анамнезе, спонтанное развитие регулярной родовой деятельности, «зрелая» шейка матки, отсутствие предыдущих показаний к КС, а также преждевременные роды. Предикторы, уменьшающие шансы VBAC: ожирение, значительная прибавка массы тела за период беременности, короткий интервал между родами, возраст матери более 40 лет, крупные размеры плода, индукция родов, срок беременности более 41 нед и существовавший ранее или имеющийся гестационный сахарный диабет.

В этом плане орбитры ACOG считают, что риск разрыва матки при VBAC имеют пациентки с корпоральным разрезом на матке, двумя и более КС в анамнезе, двухрядным швом на

матке, индукцией родов, использованием простагландинов, короткими интергравидарным интервалом, инфекционными осложнениями при предыдущем КС [20, 26, 27].

В данном аспекте интересные результаты исследований взаимосвязи времени наступления последующей беременности после КС и вероятности удачных VBAC с риском разрыва матки приводят D. Stamilio и соавторы [28]. Авторы провели мультицентровое ретроспективное когортное исследование, в которое были включены 13 331 пациентка. В проведении одно- и многофакторного линейного регрессивного анализа оценена связь между коротким и длинным интервалом между беременностями и тремя материнскими осложнениями, разрыв матки, комплексные осложнения (включая разрыв мочевого пузыря или повреждение кишечника, разрыв маточных артерий) и гемотрансфузии.

Результаты исследования свидетельствуют, что интервал между беременностями менее 6 мес ассоциируется с повышенным риском разрыва матки (ОШ 2,66; 95% ДИ, 1,21–5,82), комплексными осложнениями (ОШ 1,95; 95% ДИ, 1,04–3,65) и переливанием крови (ОШ 3,14; 95% ДИ, 1,42–6,95). Заключение исследователей – короткий интервал между беременностями повышает риск разрыва матки и других осложнений в 2–3 раза.

J. Guise и соавторы, J. Madi и соавторы (2013) [3, 31] провели суммирование указанных выше публикаций и пришли к заключению, что вагинальные роды после КС в анамнезе успешны в 70–80%, поэтому все женщины должны быть информированы о возможности последующих родов через естественные родовые пути после перенесенного КС; взвешенный учет факторов риска и преимущество спонтанных родов поможет принять разумное решение.

Пациентка должна знать, что каждое последующее КС – операция высокой сложности и высокого риска, которая повышает частоту материнской заболеваемости и смертности. Каждый врач должен не забывать, что повторные КС чаще приводят к респираторному дистресс-синдрому и снижают адаптации новорожденных, что требует включение детей в группу риска по развитию осложнений в постнатальный период и более тщательного врачебного наблюдения.

В своей работе N. Kan, V. Tyutyunnik, M. Kesova и соавторы [9] отмечают, что ведение родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке допустимо при соблюдении ряда условий, которые являются критериями отбора для ведения таких родов, а именно:

- одно КС в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте;
- отсутствие акушерских показаний, послуживших показаниями к первой операции;
- неосложненное течение послеоперационного периода;
- предположение о полноценности нижнего маточного сегмента (по результатам клинических и инструментальных исследований);
- локализация плаценты вне рубца на матке;
- головное предлежание плода;
- соответствие размеров таза матери и головки плода;
- тщательное клиническое и обязательное непрерывное кардиомониторное наблюдение в родах;
- наличие условий для экстренного родоразрешения путем КС, квалифицированного медицинского персонала и соответствующей оснащенности;
- возможность выполнения КС в экстренном порядке в течение 15 мин после принятия решения об операции;
- ведение родов при развернутой операционной.

В экстремальной ситуации в нашей практике приходилось проводить КС в условиях родильного зала – не теряя времени на перевод пациентки в операционную. Согласно результатам исследований ряда фундаментальных документов – Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical prac-

tice guidelines N155: Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth (Replaces guideline N 147) [32] – абсолютными противопоказаниями ведения родов через естественные родовые пути при наличии рубца на матке после КС являются:

- предыдущее корпоральное КС или якорный разрез на матке;
- предшествующий разрыв матки;
- локализация плаценты в области рубца на матке;
- любое другое противопоказание для родов через естественные родовые пути;
- отказ женщины.

Придерживаясь решения АСОГ и учитывая результаты исследований ряда авторов [18, 20], относительными противопоказаниями считаются:

- более чем один рубец на матке;
- крупные размеры плода;
- неизвестный тип разреза на матке (в случаях, где большая вероятность вертикального);
- тазовое предлежание плода;
- многоплодная беременность.

По мнению некоторых авторов [18, 20], начало ведения родов может быть спонтанным или программным, то есть допустимо вскрытие плодного пузыря при наличии зрелой шейки матки. Роды двойней и тазовое предлежание не являются противопоказаниями для родов через естественные родовые пути с рубцом на матке (уровень доказательности ПВ), однако исследователи отмечают, что в каждом случае вопрос о ведении родов решается индивидуально [18, 20].

Рубец на матке после КС не является противопоказанием к применению в процессе родов других акушерских и анестезиологических пособий, таких, как родовозбуждение или родостимуляция. Основываясь на данных публикаций и согласно резолюциям американских, канадских ассоциаций акушеров-гинекологов, – родовозбуждение окситоцином повышает риск разрыва матки по рубцу, но тем не менее, индукция родов не противопоказана. Индукцию родов путем амниотомии и последующего введения окситоцина следует назначать после тщательного обсуждения акушерской ситуации и учета всех параметров риска (уровень доказательности ПВ) [18, 20, 33].

Простагландины противопоказаны из-за более высокой опасности осложнений по сравнению с окситоцином (уровень доказательности ПВ), применение простагландина E1 (лизопроствол) ассоциировано с высоким риском разрыва матки и не должно использоваться при VBAC [9]. По мнению экспертов АСОГ J. Hill и соавторов, W. Grobman и соавторов, M. Jozwiak, J. Dodd [12, 34, 35], у пациенток с рубцом на матке обезболивание проводят по общепринятым правилам, в том числе и с применением регионарной анестезии.

Проведение эпидуральной алгезии в родах за счет снижения болевого компонента помогает врачу настроить женщину не естественное родоразрешение. Эксперты отмечают, что утверждение о том, что использование эпидуральной алгезии в родах сглаживает клиническую симптоматику несостоятельности рубца на матке и затрудняет диагностику угрозы ее разрыва в результате проведенных исследований не подтвердилось. А также эксперты установили, что не зарегистрировано увеличения разрывов матки, частоты экстренного КС, возрастание материнской и перинатальной заболеваемости и смертности [20, 22, 25, 32]. Исследователи считают, что во второй период родов возможно рассечение промежности и вакуум-экстракции плода по показаниям. Предлагают активное ведение третьего периода родов, считают обязательным проведение ручного обследования стенок полости послеродовой матки, так как невозможно исключить самопроизвольный разрыв матки по рубцу.

Практическому врачу следует знать, что появление признаков разрыва матки возможно через значительный интервал времени после родоразрешения. А также важно иметь пред-

ставление о состоянии рубца на матке для решения вопроса о тактике ведения родов в дальнейшем. Об этом важно помнить, это касается каждого практического врача – ревизионную операцию ручного обследования стенок полости послеродовой матки следует проводить очень осторожно, так как грубое ее выполнение нередко является причиной разрыва матки.

В процессе ведения родов рекомендован непрерывный кардиомониторный контроль состояния плода, так как ухудшение состояния плода наиболее часто свидетельствует о начинающемся разрыве матки. N. Kan и соавторы [9] на основании изучения множественных публикаций и собственного опыта указывают, что признаками угрожающего и начавшегося разрыва матки являются:

- патологическая кардиограмма;
- напряженность в надлобковой области и локальная болезненность;
- кровянистые выделения из половых путей;
- острая боль в эпигастрии;
- тошнота, рвота;
- тахикардия;
- остановка родовой деятельности.

Различают полный и неполный разрыв матки (расслоение рубца), когда брюшина остается интактной. Вскоре после состоявшегося разрыва матки возникает тяжелое состояние, связанное с шоком и нарастающей кровопотерей, кожа и видимые слизистые оболочки бледнеют, черты лица заостряются, пульс становится частым и малым, артериальное давление снижается.

O. Parant (2012), V. Revicky и соавторы (2012) рекомендуют следующее – тактика при разрыве матки состоит в экстренном проведении лапаротомии [36, 37]. Объем оперативного вмешательства зависит от обширности травмы; при разрыве матки только в области рубца после извлечения плода рубец иссекают и зашивают матку, а при осложненном разрыве матки производят ее экстирпацию.

Основываясь на изложенном выше, в настоящее время ни один рубец на матке не может считаться совершенно полноценным, в связи с чем нет абсолютной уверенности в успешном исходе самопроизвольных родов после предшествующего КС ни для матери, ни для плода. Но, в то же вре-

мя, высококвалифицированные врачи-специалисты, имеющие достаточный опыт ведения естественных родов с рубцом на матке позволяют выделить ряд условий, таких, как: КС с поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте, неосложненное течение послеоперационного периода, отсутствие при данной беременности осложнений, являющихся показаниями к первой операции, отсутствие признаков неполноценности рубца и другое, при наличии которых роды через естественные родовые пути после КС становятся возможными [9, 19, 20, 32, 39, 41]. При этом выбор тактики ведения женщин в пользу самопроизвольных родов должен решаться индивидуально в каждом конкретном случае с учетом риска различных осложнений; роды следует проводить в условиях высококвалифицированных лечебных учреждений, где имеются все возможности для своевременного выполнения экстренного КС с минимальным интервалом от момента появления показаний.

Следует отметить, что диагностика несостоятельного рубца на матке всегда сложна и неоднозначна, особенно в отсроченный период, на этапе планирования беременности. Верификацию диагноза целесообразно проводить во всех случаях при консультативном осмотре, с использованием УЗИ, гистероскопии и других методов.

Согласно данным публикаций, в практике отечественных родовспомогательных учреждений роды у беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути встречаются достаточно редко. Это вызвано стремлением врачей отказаться от родов в пользу повторного КС (выполняемого менее чем за один час), и желанием снять с себя ответственность, а также нагрузку от длительного ведения естественных родов порой в ущерб своей квалификации, а главное, из-за отсутствия гарантированной и эффективной юридической защиты врачей в случае возникновения осложнений.

Тем не менее опыт, имеющийся в Украине, свидетельствует, что роды у пациенток с рубцом на матке после КС возможны и предпочтительны. Таким образом, в современных публикациях содержится информация, что роды через естественные родовые пути после КС являются реальной перспективой снижения роста абдоминальных родоразрешений.

**Клінічний підхід до методу розродження після операції кесарева розтину в практиці лікаря
П.М. Веропотвелян, М.П. Веропотвелян,
І.С. Цехмистренко, І.В. Гужевська, П.С. Горук**

У статті представлені вагінальні пологи після кесарева розтину (VBAS), які стають усе більш поширеними. У літературі активно обговорюються дані зарубіжної і вітчизняної літератури, котрі свідчать про те, що пологи у пацієнток з рубцем на матці після кесарева розтину можливі і переважні.

Відображені сучасні тенденції вибору методу розродження у пацієнток з попереднім кесаревим розтином, які є реальною перспективою зниження зростання абдомінальної хірургічної корекції.

Ключові слова: кесарів розтин, рубець на матці, мимовільні пологи.

**Clinical approach to the method of delivery after operation of caesarian section in doctor's practice
P.N. Veropotvelyan, N.P. Veropotvelyan,
I.S. Tshmistrenko, I.V. Guzhevskaya, P.S. Goruk**

In the article vaginal births are presented after caesarian section operation (VBAS) which have become more widespread. the experience of foreign and domestic literature, which testifies that births for patients with a scar on an uterus after caesarian section are possible and preferable, actively comes into question.

The modern tendencies of choice of method of delivery are reflected for patients with a previous caesarian section, which are the real prospect of decline of growth of abdominal surgical correction

Key words: caesarian section, scar on an uterus, spontaneous births.

Сведения об авторах

Веропотвелян Петр Николаевич – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а. E-mail: genetika@ukrpost.ua

Веропотвелян Николай Петрович – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а. E-mail: genetika@ukrpost.ua

Цехмистренко Иван Сергеевич – Перинатальный центр, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9. E-mail: tshmistrenko.m.d@gmail.com

Гужевская Ирина Витальевна – Кафедра акушерства и гинекологии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, 03150, г. Киев, ул. Предславинская, 9. E-mail: gujevskaja.i@ukr.net

Горук Павел Степанович – ОКУ «Межобластной центр медицинской генетики и пренатальной диагностики», 50000, г. Кривой Рог, пл. Освобождения, 3а. E-mail: genetika@ukrpost.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. OECD Health Statistics. Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publ.; 2013. 210 p. Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.
2. Krasnopolsky V.I., Logutova L.S., Buyanova S.N. Insolvent scar on the uterus after cesarean section: Causes of formation and treatment policy. *Obstet. Gynecol.* 2013; 12: 28–33.
3. Guise J.M., Denman M.A., Emeis C. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet. Gynecol.* 2010; 115(6): 1267–78.
4. Khunpradit S., Tavender E., Lumbiganon P., Laopaiboon M., Wasiak J., Gruen R.L. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst. Rev.* – 2011; (6): CD005528.
5. Buyanova S.N., Shchukina N.A., Chechneva M.A., Mgeliasvili M.V., Titchenko Y.P., Puchkova N.V., Barto R.A. Current diagnostic techniques for inconsistent uterine sutures or scar after cesarean section. *Rossiysky vestnik akushera-ginekologa* 2013; 1: 73–77.
6. Запорожан В.Н., Цегельський М.Р. Акушерство і гінекологія. – К.: Здоров'я, 1996. – С. 240.
7. Венцовский Б. Некоторые дискуссионные вопросы кесарева сечения: 36. научных работ Ассоциация акушеров-гинекологов Украины /Б. Венцовский. – Симферополь. – 1998. – С. 40–43.
8. Spong C.Y., Landon M.B., Gilbert S., Rouse D.J., Leveno K.J., Varner M.W. et al. Risk of uterine rupture and adverse perinatal outcome at term after cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* – 2007; 110(4): 801–17.
9. Kahn N.E., Tyutyunnik V.L., Kesova M.I., Balushkin A.A. The choice of mode of delivery after cesarean section. *Obstetrics and gynecology.* – 2014; 6: 20–26.
10. Landon M.D. Predicting uterine rupture in women undergoing trial of labor after prior cesarean delivery. *Semin. Perinatol.* – 2010; 34(4): 267–71.
11. Kostrzewa T., Walczak J., Wiecekowska K. Vaginal birth after cesarean delivery. *Ginekol. Pol.* – 2010; 81(4): 287–91.
12. Hill J.B., Ammons A., Chauhan S.P. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines. *Clin. Obstet. Gynecol.* – 2012; 55(4): 969–77.
13. Kulakov V.I., Chernuha E.A., Komissarov L.M. «Caesarean section». – М: Triada-X.2004; p. 320.
14. Radzinsky C.E., Esipova L.N., Vucenovic Y.D. argon plasma coagulation of tissue for caesarean section. *Obstet. Gynecol.* 2010; 6: 28–29.
15. Наказ МОЗ України від 27.12.2011 № 977 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15.12.2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
16. Вдовиченко Ю.П., Бойко В.І. Неспроможність швів на матці після кесарева розтину: клініка, діагностика і тактика ведення //Педіатрія, акушерство та гінекологія, 2005, № 4. – С. 101–103.
17. Бондарук В.П. Новый підхід до сонографічної діагностики стану рубця на матці у жінок після кесарева розтину // Здоровье женщины, № 8 (54), 2010. – С. 57–63.
18. Sentilhes L., Vayssière C., Beucher G., Deneux-Tharaux C., Deruelle P., Diemunsch P. et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2013; 170(1): 25–32.
19. Scott J.R. Intrapartum management of trial of labor after cesarean delivery: evidence and experience. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2014; 121(2): 157–62.
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin N115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2010; 116(2, Pt 1): 450–63.
21. Tahseen S., Griffiths M. Vaginal birth after two cesarean sections (VBAC-2) – a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) cesarean sections. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2010; 117(1): 5–19.
22. National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel. National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstet. Gynecol.* – 2010; 115(6): 1279–95.
23. Studsgaard A., Skorstengaard M., Glavind J., Hvidman L., Uldbjerg N. Trial of labor compared to repeat cesarean section in women with no other risk factors than a prior cesarean delivery. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2013; 92(11): 1256–63.
24. Grobman W.A., Lai Y., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J. et al. Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after cesarean delivery. *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2008; 199(1): 30. e1–5.
25. Pearson G.A., Eckford S.D. Quantification of risk of emergency caesarean during labour after one previous caesarean section. *J. Obstet. Gynaecol.* – 2013; 33(7): 692–4.
26. Obeidat N., Meri Z.B., Obeidat M., Khader Y., Al-Khateeb M., Zayed F. et al. Vaginal birth after cesarean section (VBAC) in women with spontaneous labour: predictors of success. *J. Obstet. Gynaecol.* 2013; 33(5): 474–8.
27. Bujold E., Goyet M., Marcoux S., Brassard N., Cormier B., Hamilton E. et al. The role of uterine closure in the risk of uterine rupture. *Obstet. Gynecol.* 2010; 116(1): 43–50.
28. Stamilio D.M., DeFranco E., Paré E., Odibo A.O., Peipert J.F., Allsworth J.E. et al. Short interpregnancy interval: risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2007; 110(5): 1075–82.
29. Edwards A., Ellwood D.A. Ultrasonographic evaluation of the postpartum uterus. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16:7:640.
30. Krasnopol'skii V.I., Buianova S.N., Shchukina N.A., Titchenko L.I. Diagnosis of the stage and severity of pyoinflammation in gynecological patients. *Rossiysky vestnik akushera-ginekologa* 2004; 5(4): 88–96.
31. Madi J.M., Deon J., Rombaldi R.L., de Araújo B.F., Rombaldi M.C., dos Santos M.B. Impact of vaginal delivery after a previous cesarean section on perinatal outcomes. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2013; 35(11): 516–22.
32. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines N155: Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth (Replaces guideline N 147), February 2005. *Int. J. Gynaecol. Obstet.* 2005; 89(3): 319–31.
33. Ogbonmwan S.E., Miller V., Ogbonmwan D.E., Akinsola A.A. Review of vaginal birth after primary caesarean section without prostaglandin induction and or syntocinon augmentation in labour. *J. Matern. Fetal Neonatal Med.* 2010; 23(4): 281–5.
34. Grobman W.A., Gilbert S., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J. et al. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet. Gynecol.* 2007; 109(2, Pt 1): 262–9.
35. Jozwiak M., Dodd J.M. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; (3): CD009792.
36. Parant O. Uterine rupture: prediction, diagnosis et management. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2012; 41(8): 803–16.
37. Revicky V., Muralidhar A., Mukhopadhyay S., Mahmood T.A. Case series of uterine rupture: lessons to be learned for future clinical practice. *J. Obstet. Gynecol. India.* 2012; 62(6): 665–73.
38. Metz T.D., Stoddard G.J., Henry E., Jackson M., Holmgren C., Esplin S. Simple, validated vaginal birth after cesarean delivery prediction model for use at the time of admission. *Obstet. Gynecol.* 2013; 122(3): 571–8.
39. Dodd J.M., Crowther C.A., Huertas E., Guise J.M., Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013; (12): CD004224.
40. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Клинические рекомендации // Акушерство и гинекология. 4-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1024 с.
41. Веропотвелян П.Н., Васильева Л.А., Веропотвелян Н.П., Радченко В.В. Нужно ли проводить кесарево сечение по просьбе беременной //Збірник наукових праць Асоціації акушеров-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2009. – С. 97–102.

Статья поступила в редакцию 18.12.2014