

## К вопросу о росте частоты выполнения кесарева сечения и влиянии на материнские и неонатальные исходы (часть 1)

Учитывая рост частоты выполнения абдоминального родоразрешения во всех развитых странах мира, возникает вопрос: возможно, просто выросла потребность в проведении кесарева сечения (КС).

Наиболее частой причиной для выполнения КС, согласно данных статистики, стала диспропорция размеров головки плода и таза матери, а также отсутствие прогресса в родах.

Вряд ли размеры таза матери уменьшились за последние 30–40 лет, но, вполне вероятно, что увеличились размеры плода. Так, за последние двадцать лет, частота рождения крупного плода выросла, по данным нескольких исследований. Кроме того, по данным доказательной медицины, за последние двадцать лет увеличилась частота ожирения у женщин, равно, как и повышенный набор массы тела во время беременности, что ожидается привело к увеличению частоты КС.

Не стоит забывать о том, что в ряде стран показанием к кесареву сечению является настояние матери (CDMR, cesarean section on maternal request), хотя такого показания нет в МКБ-9 и нет возможности правильно подсчитать частоту КС именно по данному показанию во всем мире. В исследованиях отмечено, что в США CDMR выполнено у 4% женщин. Однако CDMR более распространено в Бразилии, Тайване, Чили, где в частных клиниках частота КС превышает 40%, в муниципальных составляет менее 20%, а частота CDMR в частных клиниках регистрировалась в 8% случаев, а в муниципальных — в 11%, а подавляющее большинство было настроено на роды через естественные родовые пути. Так что, нет однозначного ответа о влиянии CDMR на общую статистику КС.

Есть и другой, немаловажный фактор: медико-правовые соображения, а также общее давление культурных воззрений и норм. В одном из исследований врачи сообщили, что они более склонялись к выполнению КС, если ранее привлекались к судебным

разбирательствам или часто думали о том, что это может случиться.

В США в 2014 г. выполнено 1,3 миллиона КС (32,3%), что на 7% меньше пика в 2009 г. Только за 13 лет частота КС выросла на 50%, сравним с 20,8% в 1997 г. и 23,7% в 1987 г. В нашей стране в аналогичный период такого резкого увеличения частоты выполнения КС на популяционном уровне не было.

Мы сейчас не обсуждаем частоту КС в перинатальных центрах 3а, 3б и 3с уровня, так как в подобных клиниках родоразрешаются пациентки крайне высокого риска, часто требующие досрочного родоразрешения по состоянию их здоровья, в те сроки, когда достичь зрелости родовых путей в короткие сроки не представляется возможным, а, в ряде случаев, родовызывание, даже с регионарной анестезией, является энергетически истощающим для женщины и может привести к ряду осложнений. В таких центрах проводятся фетальные хирургические интервенции, что также увеличивает риск КС.

Для того, чтобы понять, в какой степени увеличение частоты кесаревых сечений может быть предотвращено, важно знать, почему операции кесарева сечения выполняются. В популяционном исследовании, выполненном в 2011 г., отмечено, что наиболее распространенными показаниями к первичной операции кесарева сечения были: отсутствие прогресса родовой деятельности,

Таблица 1  
Прогресс спонтанных родов с учетом раскрытия шейки матки и количества родов в анамнезе

Раскрытие шейки матки (см)	Медиана затраченного времени (ч)		
	Родов 0 (95 перцентиль)	Роды 1 (95 перцентиль)	Родов 2 и более (95 перцентиль)
3–4	1.8 (8.1)	—	—
4–5	1.3 (6.4)	1.4 (7.3)	1.4 (7.0)
5–6	0.8 (3.2)	0.8 (3.4)	0.8 (3.4)
6–7	0.6 (2.2)	0.5 (1.9)	0.5 (1.8)
7–8	0.5 (1.6)	0.4 (1.3)	0.4 (1.2)
8–9	0.5 (1.4)	0.3 (1.0)	0.3 (0.9)
9–10	0.5 (1.8)	0.3 (0.9)	0.3 (0.8)

нарушение (невосстанавливаемое) сердечного ритма плода, неголовное предлежание плода, многоплодная беременность, вероятность рождения крупного плода. На первые два показания приходится более половины всех выполненных КС в популяции. Поэтому, авторы отметили, что в современных условиях прогресс родовой деятельности, возможно, является более медленным, чем в класси-

ческих исторических трудах. А для оценки сердечной деятельности плода должны быть введены стандартизированные подходы. Кроме того, рекомендовались такие методики, как наружный поворот на головку при тазовом предлежании и рекомендации по ведению родов через естественные родовые пути, если при беременности двойней первый плод находится в головном предлежании.

Таблица 2

**Рекомендации по безопасному предотвращению первичного кесарева сечения**

Рекомендация	Уровень доказательности
<b>Первый период родов</b>	
Пролонгированная латентная фаза родов (более 20 часов у первородящих и более 14 часов у повторнородящих) не является показанием к КС	1B
Медленное, но прогрессирующее течение родов не является показанием к КС	1B
Активная фаза родов расценивается с 6 см раскрытия шейки матки. До достижения 6 см стандарты оценки эффективности активной фазы родов не применяются	1B
КС при остановке родовой деятельности в активной фазе родов показано для женщин с 6 см раскрытия и более, при отхождении околоплодных вод, отсутствии прогресса родовой деятельности в течение 4 часов адекватной сократительной деятельности матки, или при, по крайней мере 6 часах введения окситоцина, с неадекватной сократительной деятельностью матки или с отсутствием раскрытия шейки матки	1B
<b>Второй период родов</b>	
Перед установлением диагноза слабость родовой деятельности во втором периоде родов, если позволяет состояние матери и плода, возможно: <ul style="list-style-type: none"> <li>• по крайней мере 2 часа потужной деятельности для повторнородящих</li> <li>• по крайней мере 3 часа для первородящих</li> <li>• более длительный период может быть возможен на индивидуальной основе (эпидуральная анестезия, неправильная позиция плода), пока регистрируется прогресс родов</li> </ul>	1B 1B 1B
Оперативные вагинальные роды во втором периоде родов, проводимые опытным и прошедшим специальную подготовку персоналом, должны рассматриваться, как безопасная, приемлемая альтернатива КС. Необходимо способствовать постоянной подготовке персонала к проведению таких вмешательств	1B
Ручной поворот предлежащей головки плода при неправильном предлежании ее является целесообразным вмешательством перед принятием решения о проведении оперативных вагинальных родов или КС. Для того, чтобы безопасно предотвратить выполнение КС при неправильном предлежании головки плода, необходимо правильно оценить позицию плода во втором периоде родов, особенно, если нарушено продвижение головки по родовым путям	1B
<b>Мониторинг сердцебиения плода</b>	
Амниоинфузия при повторных переменных децелерациях сердечного ритма плода может безопасно снижать частоту КС	1A
В качестве средства оценки кислотно-основного состояния плода при ненормальных или неопределенных (неулучшающихся) видах сердечной деятельности плода (например, минимальная вариабельность может использоваться проба из скальпа плода, что является безопасной альтернативой кесарева сечения	1C
<b>Индукция родов</b>	
До срока 41 0/7 недель гестации индукция родов, в основном, не должна проводиться по показаниям со стороны матери и плода. Индукции родов в 41 0/7 недель гестации должны проводиться для снижения риска КС и перинатальной заболеваемости и смертности	1A
Методы подготовки шейки матки к родам должны использоваться в случае, когда индукция родов показана женщинам с незрелой шейкой	1B
Если позволяет состояние матери и плода, необходимо избегать выполнения КС вследствие родовывызвания без эффекта в латентной фазе родов, давая возможность удлинить латентную фазу (до 24 часов или более) и требуя, чтобы окситоцин вводился через 12-18 часов после разрыва плодных оболочек перед установкой диагноза родовывызвание без эффекта	1B
<b>Неголовное предлежание плода</b>	
Предлежание плода должно быть оценено и задокументировано в 36 0/7 недель беременности, для того, чтобы предложить выполнение наружного поворота на головку	1C
<b>Предполагаемый крупный плод</b>	
Для предотвращения родовой травмы КС должно выполняться при предполагаемой массе плода 5000 г у женщин без диабета и при 4500 г у женщин с диабетом. Рождение детей с массой 5000 г и более достаточно редко. Необходимо предупреждать пациентку, что высчитывание массы плода в позднем сроке гестации несовершенно	
<b>Избыточная масса тела матери</b>	
Всем женщинам необходимо рекомендовать мероприятия по профилактике набора лишнего веса	
<b>Двойни</b>	
КС не улучшает перинатальные исходы при двойне, если первый плод в головном предлежании. Женщинам с двойней и предлежанием плодов головное/головное и головное/неголовное необходимо рекомендовать попытку вагинальных родов	

Таблица 3

**Частота осложнений при различных видах родоразрешения**

Осложнение	Вид родоразрешения	
	Роды через естественные родовые пути	Абдоминальное родоразрешение (КС)
<b>Материнские</b>		
Частота общей тяжелой материнской заболеваемости и смертности	8.6%	9.2%
	0.9%	2.7%
Материнская смертность	3.6:100,000	13.3:100,000
Эмболия околоплодными водами	3.3-7.7:100,000	15.8:100,000
Разрывы промежности 3 и 4 ст (по классификации, принятой в США, прим.ред.)	1.0-3.0%	Нет при плановом родоразрешении
Нарушения плацентации	Повышается, если ранее выполнялось КС, по сравнению с предыдущими вагинальными родами. Риск возрастает с каждым последующим КС	
Неудержание мочи	Нет разницы между КС и вагинальными родами через 2 года	
Послеродовая депрессия	Нет разницы между КС и вагинальными родами	
<b>Неонатальные</b>	Роды через естественные родовые пути	КС
Повреждения тканей новорожденного	Нет данных	1.0-2.0%
Нарушения респираторной системы	< 1.0%	1.0-4.0% (без родовой деятельности)
Дистония плечиков	1.0-2.0%	0%

Итак, рассмотрим данные о прогрессе родов в современном акушерстве. Исторически, начиная с 1950 х годов, после опубликования работы Friedman, первый период родов разделен на латентную и активную фазы. При этом, латентная фаза начинается с восприятия женщиной сокращений матки (весьма субъективный показатель), пролонгированная латентная фаза определялась, как превышающая 20 часов у первородящих и 14 у повторнородящих женщин. А вот активная фаза определялась, как точка, начиная от которой скорость изменения шейки матки значительно увеличивается. Затягивание активной фазы по Фридману определялось как менее 1,2 см/ч у первородящих и 1,5 см/ч у повторнородящих. Отсутствие прогресса (арест родовой деятельности) традиционно определялся как отсутствие изменений шейки матки в течение 2 часов при адекватной силе маточных сокращений и раскрытии шейки не менее 4 см.

Но вот в гораздо более позднем исследовании Консорциума по безопасности родов (2010 г), проведенном в 19 родовспомогатель-

ных учреждениях у 62415 женщин, при стандартизации точки отсчета нахождения плода и степени раскрытия шейки матки, а также при условии благоприятного перинатального исхода выяснилось, что скорость раскрытия шейки матки колеблется 0,5–0,7 см/ч для первородящих и 0,5–1,3 см/ч для повторнородящих (таблица 1).

В этом исследовании также отмечено, что при 4–6 см у первородящих и повторнородящих скорость раскрытия была медленнее, чем в исторических трудах Фридмана. А вот на этапе от 6 см у повторнородящих скорость раскрытия была значительно выше. Поэтому, в данном исследовании предложено не ставить диагноз отсутствие прогресса в родах или остановка родовой деятельности до 6 см раскрытия.

Поэтому, АСОГ (2014) предложил следующие рекомендации по снижению частоты выполнения первого кесарева сечения (таблица 2).

Оценка рисков возможных осложнений при абдоминальном родоразрешении и родах через естественные родовые пути представлены в таблице 3.