

К вопросу о росте частоты выполнения кесарева сечения и влиянии на материнские и неонатальные исходы (часть 2)

Совместная комиссия (независимая, некоммерческая организация, которая аккредитует и сертифицирует около 21 тыс. организаций и программ в области здравоохранения в США, что признано в национальном масштабе, как символ качества) в 2010 г. выразила обеспокоенность по поводу роста числа кесаревых сечений (КС) в США. В ее решении отмечено, что повышение частоты выполнения КС не приводит к улучшению каких-либо результатов.

Также в документе указано, что ни одно КС не проходит без последствий, данная операция является более дорогостоящей для системы здравоохранения, связана с повышенным риском для здоровья матери и ребенка, может приводить к проблемам при последующих беременностях. Отмечено, что такие осложнения, как разрыв матки и аномалии прикрепления плаценты (placenta accreta и percreta), ранее были чрезвычайно редкими, а сейчас становятся все более распространенными.

Данное заключение основано на результатах исследования, доказавшего, что разрыв матки происходит вдоль линии рубцевания предшествующего КС, и восприимчивость к этому является следствием относительной слабости стенки матки в полосе рубцевания. Вростание или прорастание плаценты происходит в зоне рубцевания или рядом. При этом происходит глубокое вторжение плацентарных структур в миометрий из-за менее надежного кровоснабжения и аномальной структуры рубцовых тканей на клеточном и тканевом уровнях. Последствия этих осложнений могут включать в себя смерть плода, экстренную гистерэктомию, повышенный риск материнской инвалидизации и смертности.

После тщательного изучения сложившейся ситуации изменились ориентиры по снижению частоты КС в США. Если в программе «Здоровье 2000» целью было снижение частоты КС до 15 % от всех родов, в программе «Здоровье 2010» — до 15% у тех, у кого не было предыдущего КС, то в программе «Здоровье 2020» новой целью для проведения КС в группе низкого перинатального риска при первой доношенной беременности одним плодом в головном предлежании стало 23,9% (NTSV-nulliparous, term, singleton, vertex).

Смещение целей отражает определенную амбивалентность в отношении уверенности в оптималь-

ных результатах материнской и младенческой заболеваемости и смертности, а также в том, что определенные стратегии могут безопасно уменьшить частоту использования КС.

Анализ частоты проведения КС за предыдущие 10 лет выявил факторы, наиболее повлиявшие на ее рост:

- изменения реимбурсации за родовспоможение, способствующие проведению КС;
- усиление восприятия риска претензий и судебно-медицинской ответственности за менее чем совершенные перинатальные исходы;
- изменения отношения у получателей медицинских услуг, что включает меньше страха или сожаления о проведенном КС;
- низкая психосоциальная или эмоциональная оценка, придаваемая опыту родов через естественные родовые пути;
- страх родового травматизма при тазовых предлежаниях плода и последствиях вагинальных родов в отношении несостоятельности мышц тазового дна;
- настойчивое желание беременных иметь больше контроля над сроками и обстоятельствами рождения детей, например, просьба матери об избирательной индукции родов по ее выбору в отношении сроков родоразрешения.

Все это препятствовало реализации первых двух целей в отношении 15% частоты проведения КС в США.

Ряд ведущих акушеров-гинекологов мира пришли к выводу, что именно устранение жесткого контроля над выполнением КС привело к поистине космическому подъему его частоты в государственных и частных клиниках. В некоторых частных госпиталях США частота КС достигает 50%, а в Бразилии в прошлом году — 80–90%. В то же время, в некоторых госпиталях в США частота КС составляет 15–20%, при этом вполне оптимистичные материнские и перинатальные исходы.

Особое внимание уделяется группе NTSV, поскольку именно в данной когорте вариабельность составляет до 60% в проведении КС, что связано с принятыми рекомендациями по индукции родов и разницей в концентрации преждевременных родов. Во многих исследованиях, в том числе в работе Alfirevic и др., доказано, что именно вра-

чебный фактор, а не особенности пациентки или акушерский диагноз, является основным фактором влияния на частоту КС и на стратегию по ее снижению в разных госпиталях.

Имеет значение и контроль руководства госпиталя над проведением КС. Так, только в Калифорнии разница между частотой проведения КС в отдельном госпитале и в целом по штату составляет 3–5 раз.

Неоднозначны прогнозы в отношении частоты проведения КС в будущем. Их нельзя назвать оптимистичными, так как исследователи отмечают прямую корреляцию частоты КС со смещением возраста матери при первых родах в сторону увеличения, а также неуклонное повышение индекса массы тела, нарастание частоты различной материнской сопутствующей патологии, использование вспомогательных репродуктивных технологий и увеличение числа случаев многоплодной беременности.

И, вместе с тем, недостаточно внимания уделяется научным исследованиям, посвященным разработке стратегий по сокращению применения КС. Интересны прогнозы относительно подходов к содействию вагинальным родам после КС (VBAC). Систематические обзоры, посвященные изучению эффективности вмешательств VBAC, свидетельствуют об увеличении вагинальных родов у женщин с предыдущим КС от 6 до 70%.

Тем не менее, сегодня нет фактических данных об эффективности подходов для снижения КС.

Однако, после совместного решения АСОГ и Общества материнско-плодовой медицины, опубликованного в марте 2014 г., в одной из ведущих клиник была сделана попытка уменьшить частоту КС в группе NTSV. Исходный уровень КС в 2013 г. составил 35%. Были разработаны и внедрены рекомендации по ведению первого и второго периода родов с учетом рекомендаций АСОГ и MFM. Также установлены принципы индукции родов между 39 0/7 недель и 41 0/7 недель у женщин с оценкой зрелости шейки матки более 8 баллов по шкале Bishop. Ежеквартально проводилась

оценка медицинской документации и соответствия группе NTSV. В первом квартале частота КС снизилась с 35 до 29,4%, а во втором — до 28,7%. В данном исследовании частота КС уменьшилась на 6% в течение одного года, но проект продолжается и проводится регулярная оценка выполнения процедур, обучение врачей. Дальнейшие результаты планируется представить в 2016 г.

Целесообразным является персонифицированный подход к каждому акушеру-гинекологу, оказывающему помощь в родах. Определенное снижение частоты КС может быть достигнуто путем образовательных программ для клиницистов; стимулирования к снижению КС в стационарах; а также путем изменения подходов на государственном уровне (разработка своевременных рекомендаций, включающих наружный поворот головки при тазовом предлежании плода, изменения подходов к оценке активной фазы родов, а также рекомендаций по мануальному изменению заднего вида затылочного предлежания).

Однако необходимо учитывать анализ коллег из других стран, свидетельствующий о том, что у клиницистов недостаточно стимулов для изменения диагноза активной фазы родов, мало попыток делать наружный поворот или мануальное вращение, поскольку каждый из них включает дополнительные расходы клинического времени. В отличие от многих других областей здравоохранения, врачи, оказывающие помощь беременным, материально не заинтересованы проводить больше времени с пациенткой во время родоразрешения. Поэтому в ряде стран предлагается разработать надлежащие стимулы для возмещения трудозатрат врачам, проводящим физиологические роды по сравнению с КС, что, по мнению авторов, позволит остановить растущую волну проведенных абдоминальных родоразрешений.

В подготовке данного материала использованы материалы American College of Obstetricians and Gynecologists (the College) и Society for Maternal-Fetal Medicine.

Юлия Давыдова, д. мед. н., зав. акушерским отделением экстрагенитальной патологии и постнатальной реабилитации ГУ «ИПАГ НАМН Украины».