

РОДЫ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ С РУБЦОМ НА МАТКЕ (VBAC – Vaginal Birth After previous Caesarean birth)

Введение

Частота кесарева сечения (КС) неуклонно растет и достигла в среднем по РФ 17% (2005). Наиболее частым показанием для планового кесарева сечения является наличие рубца на матке после предшествующей операции. Вряд ли такая высокая частота оперативного родоразрешения устраивает профессионалов, понимающих, что это увеличивает, прежде всего, материнскую заболеваемость и смертность. Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке являются возможным путем для снижения уровня КС. Данный протокол оценивает безопасность VBAC и предлагает основные рекомендации по ведению пациенток с рубцом на матке во время беременности и родов.

Впервые успешные случаи VBAC упоминаются в работе Schell J.T. в 1923, который описал успешные вагинальные роды 34 детей у 23 матерей с рубцом на матке после предшествующего КС [16]. Но и после этого в течение многих десятилетий высказывание «одно КС – всегда КС» воспринималось как аксиома акушерами-гинекологами всего мира. До сих пор отсутствуют рандомизированные исследования, сравнивающие вагинальные роды и плановое повторное КС. Данные когортных исследований подтверждают процент успешных VBAC от 50% до 85% [13, 14, 15, 17, 18, 19, 20]. Риск осложнений, таких как гистерэктомия, разрыв матки и операционная травма близлежащих органов оценен в нескольких крупных исследованиях. В 1996 McMahon с соавт. оценил этот риск как соотношение 1,6% против 0,8% в группе VBAC [18]. При этом необходимость переливания крови, частота послеродовых инфекционных осложнений были сопоставимы. В 1999 году Rageth с соавт. оценил исходы 17 613 влагалищных родов после операции кесарева сечения и 11 433 плановых повторных КС [21]. Частота гистерэктомии (ОР 0,36; 95% ДИ 0,23-0,56), случаев воспалительных заболеваний в послеродовом периоде (ОР 0,65; 95% ДИ 0,55-0,77), и тромбоэмболические осложнения (ОР 0,52; 95% ДИ 0,34-0,78) были меньше в группе VBAC. Также в группе успешных родов через естественные родовые пути была меньше кровопотеря (ОР 0,50; 95% ДИ 0,3-0,9) и более быстрое восстановление полноценной активности женщины в послеродовом периоде. Влияние операции КС на последующие беременности было оценено на 16 938 случаях и доказало увеличение частоты эктопической беременности (ОР 1,28), предлежания плаценты (ОР 3,89), отслойки плаценты (ОР 2,41) [31]. Повторное КС связано с увеличением риска предлежания плаценты (ОР 1,59; 95% ДИ 1,21-2,08) и вращения плаценты. В случае выбора женщиной планового КС риск возникновения РДС у новорожденного возрастает в 2 раза (6% против 3%) [26].

Для женщин же психологическая удовлетворенность от успешных родов через естественные родовые пути чрезвычайно важна. Немаловажен и экономический аспект проблемы.

Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке могут проводиться в стационарах, имеющих возможность проведения экстренного кесарева сечения круглосуточно (уровень доказательности 2a), причем время от появления показаний к КС и началом операции не должно превышать 30 мин (3b).

Противопоказания**Абсолютные**

- Предыдущее корпоральное кесарево сечение или якорный разрез на матке.
- Предшествующая гистеротомия.
- Предшествующий разрыв матки.
- Любое другое противопоказание для родов через естественные родовые пути
- Отказ пациентки.

Относительные

- Более чем один рубец на матке.
- Макросомия (предполагаемый вес плода > 4500 г).
- Неизвестный тип разреза на матке (в случаях, где большая вероятность вертикального).
- Тазовое предлежание плода.
- Многоплодная беременность.

Ведение беременности

- Врачи женской консультации должны информировать беременную о возможности родов через естественные родовые пути с рубцом на матке.
- Врачи женской консультации, наблюдающие за беременной, обязаны подготовить документы (справки, выписки) о предшествующем кесаревом сечении или другом вмешательстве на матке, которые должны содержать информацию о показаниях к операции, типе разреза на матке **(2b)**.
- Пациентка должна получить исчерпывающую информацию о родах через естественные родовые пути с рубцом на матке (возможный риск и преимущества), которая поможет ей принять осознанное решение.
- Дородовая консультация специалиста – акушера-гинеколога обязательна.
- Врачи родильного отделения должны предлагать пациенткам, не имеющим абсолютных противопоказаний, роды через естественные родовые пути при наличии рубца на матке.
- Должно быть письменно оформлено информированное согласие пациентки.

Ведение родов**I период**

- Роженица должна наблюдаться в родовом блоке с начала родовой деятельности.
- Обязательное ведение партограммы.
- Роды ведутся по протоколу нормальных родов, за исключением постоянной КТГ **(2a)**.
- Медикаментозное обезболивание родов проводится согласно местным протоколам (предпочтительнее перидуральная анестезия).

II период

Влагалищные родоразрешающие операции (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода) проводятся по обычным акушерским показаниям.

III период

Последовый период ведется активно.

Ручное обследование полости матки – по обычным показаниям.

Послеродовый период

Активное наблюдение в раннем послеродовом периоде (измерение пульса, АД, контроль выделений). УЗИ по показаниям.

Признаки угрожающего и начавшегося разрыва матки – показание для срочной лапаротомии (2a):

- Ухудшение состояния плода (патологическая КТГ).
- Напряженность в надлобковой области.
- Кровянистые выделения из половых путей.
- Острые боли в животе.
- Остановка родовой деятельности.

**Принципы оперативного лечения при разрыве матки:
максимально консервативная тактика – органосохраняющий объем**

Особые случаи

Родовозбуждение

Родовозбуждение окситоцином повышает риск разрыва по рубцу. Однако индукция родов не противопоказана. Индукция родов по схеме: амниотомия → окситоцин - должна назначаться после тщательного обсуждения акушерской ситуации и учета всех акушерских факторов риска (**2b**). Простагландины не используются из-за более высокой опасности осложнений (разрыв матки) по сравнению с окситоцином (**2b**).

Родостимуляция

Родостимуляция с рубцом на матке после КС не противопоказана (**2a**). В литературе описаны 3000 случаев применения окситоцина в родах у пациенток с рубцом на матке после предшествующего кесарева сечения. Риск разрыва по рубцу в сравнении со спонтанными родами при наличии рубца повышается, но незначительно (1,8% – расхождение, не требующее лечения, <0,5% – разрыв матки). Скорее всего, родостимуляция целесообразна в активную фазу и во второй период. Динамика родов оценивается по партограмме. Родостимуляция проводится окситоцином по протоколу, принятому в лечебном учреждении.

Более одного рубца на матке

Вопрос, требующий тщательного подхода и обсуждения в каждом конкретном случае. Данных в литературе немного. Частота разрывов матки, имеющей более одного рубца несколько больше (4%) (**2b**).

Многоплодная беременность и тазовое предлежание

Роды двойней и тазовое предлежание плода не являются противопоказаниями для родов через естественные родовые пути с рубцом на матке (**2b**). В литературе нет данных о росте материнской и неонатальной заболеваемости при многоплодной беременности по сравнению с родами одним плодом.

Тазовое предлежание само по себе является, в настоящее время, дискуссионным вопросом о целесообразности и безопасности родов через естественные родовые пути при доношенной беременности

Список рекомендуемой литературы

1. Shipp T.D., Zelop C., Cohen A., Repke J.T., Lieberman E. Post-Cesarean Delivery Fever and Uterine Rupture in a Subsequent Trial of Labor, *Obstetrics and Gynecology*. – 2003;101(1):136-139.
2. RISK OF UTERINE RUPTURE DURING LABOR AMONG WOMEN WITH A PRIOR CESAREAN DELIVERY *The New England Journal of Medicine* Copyright © 2001 by the Massachusetts Medical Society VOLUME 345 JULY 5, 2001 NUMBER 1.
3. Coassolo K.M., Stamilio D.M., Pare E. et al Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation. *Obstet Gynecol*. – 2005;106:700-706.

4. Temporal trends in the rates of trial of labor in low-risk pregnancies and their impact on the rates and success of vaginal birth after cesarean delivery.
5. O'Brien-Abel N. Uterine rupture during VBAC trial of labor: risk factors and fetal response. Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Maternal and Fetal Medicine, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA 98195-6460, USA.
6. Vaginal Birth After Cesarean Birth - California, 1996-2000 from Morbidity & Mortality Weekly Report.
7. Vaginal birth after cesarean Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Vaginal birth after cesarean. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2002 Oct. 23 p.
8. C. REGNARD, M. NOSBUSCH, Cesarean section scar evaluation by saline contrast sonohysterography *Ultrasound Obstet Gynecol.* – 2004; 23: 289–292.
9. Shipp T.D., Zelop C., Cohen A., Repke J.T., Lieberman E. Post-Cesarean Delivery Fever and Uterine Rupture in a Subsequent Trial of Labor *Obstetrics and Gynecology.* – 2003;101(1):136-139.
10. VAGINAL BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH CLINICAL PRACTICE GUIDELINES POLICY STATEMENT No. 68, December 1997.
11. Gordon C.S., Smith, MD, PhD; Jill P. Pell, MD; Alan D. Cameron, MD; Richard Dobbie, BSc Risk of Perinatal Death Associated With Labor After Previous Cesarean Delivery in Uncomplicated Term Pregnancies *JAMA.* – 2002;287:2684-2690.
12. McMahon M.J., Luthier E.R., Bowes W.A., Olshan A.F. Comparison of a trial of labor with an elective second Cesarean section. *N Engl J Med.* – 1996;335:689–95.
13. Davies G.A., Hahn P.M., McGrath M.M. Vaginal birth after Cesarean section: physicians' perceptions and practice. *J Reprod Med.* – 1996;41:515–20.
14. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Vaginal birth after previous Cesarean birth. Clinical Practice Guideline No. 68. Ottawa (ON): SOGC; December 1997.
15. Biswass A. Management of previous Cesarean section. *Curr Opin Obstet Gynecol.* – 2003;15:123–9.
16. Schell J.T. Once a Cesarean always a Cesarean? *N Y Med J.* – 1923;637.
17. Flamm B.L., Lim O.W., Jones C., Fallon D., Newman L.A., Mantis J.K. Vaginal birth after Cesarean section: results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* – 1988;158:1079–84.
18. McMahon M.J. Vaginal birth after Cesarean. *Clin Obstet Gynecol.* – 1998;41:369–81.
19. Quilligan E.J. Vaginal birth after Cesarean section: 270 degrees. *J Obstet Gynecol Res.* – 2001;27:169–73.
20. Scott J.R. Avoiding labor problems during vaginal birth after Cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol.* – 1997;40:533–41.
21. Rageth J.C., Juzi C., Grossenbacher H. Delivery after previous Cesarean: a risk evaluation. *Obstet Gynecol.* – 1999;93:332–7.
22. Lovell R. Vaginal delivery after Cesarean section: factors influencing success rates. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* – 1996;36:4–8.
23. Hibbard J.U., Ismail M.A., Wang Y., Te C., Karrison T., Ismail M.A. Failed vaginal birth after Cesarean section: how risky is it? *Am J Obstet Gynecol.* – 2001;184:1365–73.
24. Rosen M.G., Dickinson J.C., Westhoff C.L. Vaginal birth after Cesarean section: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol.* – 1991;77:465–70.
25. Mozurkewich E.L., Hutton E.K. Elective repeat Cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol.* – 2000;183:1187–97.
26. Hook B., Kiwi R., Amini S.B., Fanaroff A., Hack M. Neonatal morbidity after elective repeat Cesarean section and trial of labor. *Pediatrics.* – 1997;100:348–53.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous Cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 5. Washington (DC): ACOG; 1999.
28. Kieser K.E., Baskett T.F. A 10-year population-based study of uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol.* – 2002;100:749–53.
29. Bujold E., Gauthier R.J. Neonatal morbidity associated with uterine rupture: what are the risk factors? *Am J Obstet Gynecol.* – 2002;186:311–4.
30. Rozenberg P., Goffinet F., Philippe H.J., Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess the risk of defects of scarred uterus. *Lancet.* – 1996;347:281–4.
31. Gilliam M., Rosenberg D., Davis D. The likelihood of placenta previa with greater number of Cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol.* – 2002;99:976–80.