

Роды через естественные родовые пути

(по результатам конференции рабочей группы по подготовке

Хотя рекомендации во всех руководствах были продиктованы благими намерениями, воплощенные в жизнь они привели к непредвиденным последствиям. Сегодня вопрос вагинальных родов после кесарева сечения остается спорным и нерешенным. Во многих больницах уже не разрешено проводить вагинальные роды после кесарева сечения, потому что их персонал не в состоянии обеспечить необходимый уровень компетенции, также некоторые страховые компании запрещают врачам проведение вагинальных родов после кесарева сечения. Таким образом, в настоящее время многие женщины, даже желающие этого, и врачи, которые хотят помочь им, лишены возможности родоразрешения естественным путем после кесарева сечения.

В марте 2010 г. под эгидой Национальных институтов здоровья была проведена конференция, посвященная проблеме вагинальных родов после кесарева сечения, и опубликован итоговый отчет рабочей группы. Во время этой конференции в выступлениях докладчиков был освещен ряд ключевых моментов. Во-первых, общая перинатальная смертность и морбидность при попытке вагинальных родов сопоставима с таковой у ранее нерожавших женщин при родоразрешении через естественные родовые пути. Во-вторых, попытка вагинальных родов в такой ситуации требует более высокой квалификации, чем другая акушерская помощь. При других острых неотложных акушерских состояниях с потенциальными неблагоприятными неонатальными исходами, таких как отслоение плаценты или выпадение пупочного канатика, нет императива «экстренной доступности» специалиста. В-третьих, по результатам кадровых исследований понятно, что невозможно сейчас и в будущем обеспечить 7 раз в неделю круглосуточное присутствие высококвалифицированных специалистов, в частности акушеров и анестезиологов во всех больницах в США (и во всем мире), в которых проводят родоразрешение.

Исходя из этих предпосылок, в каком направлении необходимо двигаться сейчас? Основным вопросом проведения вагинальных родов после кесарева сечения является вероятность разрыва матки. Какой уровень риска является приемлемым и кто должен принимать решение? В настоящее время больницы, страховые компании и представители пострадавшей стороны определяют или сильно влияют на то, возможно ли проведение вагинальных родов после кесарева сечения. Однако пациентка должна иметь возможность сделать выбор, после того как она была проинформирована о фактах и тщательно проконсультирована своим лечащим врачом. Для того чтобы это произошло, необходимо выполнить ряд следующих условий.

- Врачи и пациенты нуждаются в точной информации о сравнительных исходах для новорожденных при всех акушерских неотложных состояниях и особенно после разрыва матки.

- Стандарты медицинской помощи должны быть основаны на медицинских доказательствах, а не на судебных решениях. Риск врача и больницы, связанный с проведением вагинальных родов после кесарева сечения, должен быть обеспечен системой дифференцированной компенсации.

- Мы обязаны сделать проведение родов как можно более безопасными в реальных и достижимых пределах.

- Несмотря на реальность несопоставимости ресурсов, мы должны «найти путь» для тех, кто хочет иметь выбор способа родоразрешения после кесарева сечения. Например, больницы и врачи при отсутствии высококвалифицированных специалистов могут присоединиться к программе New England Perinatal Quality Improvement Network (www.nnepqin.org). Это пациент-ориентированный подход, разработанный содружеством всех заинтересованных в этом вопросе. Для сельских и пригородных общин она может оказаться реальной моделью.

Наконец, попытки увеличить частоту вагинальных родов не имеют смысла без устранения в первую очередь причины проблемы. И этой причиной является увеличение количества первичных кесаревых сечений. Если не предпринять меры по обузданию быстрого роста частоты кесарева сечения, то вскоре мы можем столкнуться с большей проблемой, чем разрыв матки – с увеличением количества катастрофических осложнений от приращения (placenta accreta) и прорастания (placenta percreta) плаценты, обусловленных несколькими предыдущими кесаревыми сечениями.

J.R. Scott, шеф-редактор журнала *Obstetrics & Gynecology* (June 2010 – V. 115 – 1. 6 – pp 1112-1113)

По итогам конференции по разработке консенсуса о проведении кесарева сечения, проводившейся Национальными институтами здоровья (National Institutes of Health) в 1981 году, и первого официального отчета Американской коллегии акушеров и гинекологов (1982) о проведении вагинальных родов после кесарева сечения, на основании имеющихся доказательств было установлено, что у тщательно отобранных пациенток можно прибегнуть к попытке вагинальных родов после кесарева сечения. В течение следующего десятилетия вагинальные роды после кесарева сечения стали более позитивно восприниматься врачами и пациентками. Некоторые учреждения здравоохранения и страховые компании настаивали на обязательной попытке вагинальных родов после кесарева сечения. Оригинальные консервативные показания к проведению вагинальных родов после кесарева сечения были расширены и не всегда адекватно, в связи с чем начали появляться сообщения о случаях разрыва матки. В случае смерти новорожденных и при диагностировании неврологических нарушений возникали судебные и административные разбирательства. Это стало поводом для публикации в 1999 году Американской коллегией акушеров и гинекологов бюллетеня, в котором был рекомендован более взвешенный подход к проведению вагинальных родов после кесарева сечения. В частности, указывалось на необходимость «экстренной доступности» специалиста. Сам термин «экстренной доступности» не был определен, но в одном из исследований было установлено, что отдаленные неврологические нарушения у ребенка вследствие разрыва матки не возникали, когда плод извлекался в течение 18 минут.

Итоговый отчет рабочей группы по подготовке консенсуса

Консенсус Национальных институтов здоровья (National Institutes of Health, NIH) и обзор современного состояния проблемы подготовлен независимыми группами специалистов здравоохранения и представителей общественности на основании (1) результатов систематического обзора литературы, проведенного по контракту с Агентством по исследованиям в здравоохранении и качеству оказания медицинской помощи (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), (2) выступлений специалистов во время 2-дневной открытой сессии, (3) вопросов и отчетов участников конференции во время открытого обсуждения на сессии, (4) закрытых заседаний рабочей группы.

Отчет рабочей группы представляет оценку медицинских знаний, накопленных на момент его написания. При чтении отчета необходимо помнить, что с проведением новых исследований неизбежно появятся новые знания.

Введение

На протяжении большей части XX века врачи считали, что если женщина однажды родила при помощи кесарева сечения, то ее последующие беременности также необходимо родоразрешать посредством кесарева сечения. Исследования, проведенные в 1960-х годах, позволили предположить, что эта практика не является догмой. В 1980 году конференция рабочей группы NIH по разработке консенсуса поставила под сомнение необходимость рутинного проведения кесарева сечения и указала ситуации, в которых обсуждают возможность вагинальных родов после кесарева сечения (ВРПКС). В период 1980-х и до конца 1996 года у женщины, которая ранее родила при помощи кесарева сечения, очень часто роды проводили через естественные родовые пути. Однако с 1996 года количество ВРПКС снизилось, что способствовало увеличению общей частоты кесарева сечения (рис.).

Можно выделить ряд медицинских и немедицинских факторов, которые способствовали снижению ВРПКС с середины 1990-х годов, хотя многие из этих факторов недостаточно хорошо изучены. Наиболее часто в литературе упоминается такой медицинский фактор, как опасение возможного разрыва матки. Следует указать, что повторное кесарево сечение после неудачной попытки родов сопровождается более высокой частотой осложнений по сравнению с ВРПКС или elective повторным кесаревым сечением. Немедицинские факторы среди прочего включают медико-правовое регулирование деятельности врача. Для освещения этих важных вопросов Национальным институтом детского здоровья и развития человека (National Institute of Child Health and Human Development) и Управлением по внедрению в медицинскую практику исследований NIH (Office of Medical Applications of Research of NIH) 8-10 марта 2010 года была проведена конференция по подготовке консенсуса.

В ходе конференции рабочей группой по подготовке консенсуса были рассмотрены следующие ключевые вопросы:

1. Какая частота и схемы ведения родов после предыдущего кесарева сечения, ВРПКС и повторного кесарева сечения в Соединенных Штатах Америки?

2. Какова частота вагинальных родов у женщин после предыдущего родоразрешения путем кесарева сечения и факторы, которые влияют на нее?

3. Каковы краткосрочные и долгосрочные преимущества попыток родов после предыдущего кесарева сечения и вред для матери в сравнении с elective повторным кесаревым сечением, какие факторы влияют на них?

4. Каковы краткосрочные и долгосрочные преимущества попыток родов после предыдущего кесарева сечения и вред для ребенка в сравнении с elective повторным кесаревым сечением, какие факторы влияют на них?

5. Какие немедицинские факторы влияют на схемы ведения родов после предыдущего родоразрешения путем кесарева сечения?

6. Какие пробелы в доказательствах для принятия решений и каковы приоритетные исследования для устранения этих пробелов?

Данные в этом отчете представлены на основании сравнения попыток вагинальных родов как референтной группы с elective повторным кесаревым сечением. Все доказательства были ранжированы в зависимости от их уровня. Доказательства высокого уровня (будущие исследования вряд ли изменят оценку) базируются на согласующихся результатах нескольких высококачественных исследований с участием подходящих пациенток. Доказательства среднего уровня (будущие исследования могут изменить оценку) построены на результатах, которые могут быть пересмотрены после проведения дополнительных исследований. Доказательства низкого уровня (исследования могут изменить размер или направление эффекта) получены в ограниченных исследованиях либо в испытаниях с серьезными недостатками в дизайне. Оценка «ограниченные доказательства» указывает на отсутствие доказательства или невозможность оценить эффект по имеющейся информации.

1. Какая частота и схемы ведения родов после предыдущего кесарева сечения, ВРПКС и повторного кесарева сечения в Соединенных Штатах Америки?

После снижения в период между 1990 и 1996 годами общая частота кесарева сечения в США выросла с 21% в 1996 году до 32% в 2007-м (рис.). Рост обусловлен как первичным, так и повторным кесаревым сечением. Частота ВРПКС варьирует в зависимости от расовой и этнической принадлежности, состояния здоровья, региона страны, типа и расположения больницы. По данным различных исследований установлено, что с 1996 года примерно одна треть больниц и половина врачей уже не предлагают попыток проведения вагинальных родов. Обзор Американской коллегии акушеров и гинекологов показал, что в период между 2003 и 2006 годами 26% врачей перестали предпринимать попытки родов у женщин с анамнезом кесарева сечения независимо от предыдущего опыта вагинальных родов.

Женщин относили к низкому риску осложнений беременности, если срок гестации составил не менее 37 недель при беременности одним плодом в переднеголовном предлежании без акушерской или медицинской патологии. Среди женщин группы низкого риска частота кесарева сечения возросла до 89% к 2003 году. По данным статистики 19 штатов США, в 2006 году у 92% всех женщин, которые ранее родоразрешались посредством кесарева сечения, повторные роды также проводились путем кесарева сечения. Резкий рост повторных кесаревых сечений был отмечен во всех возрастных группах и для всех расовых и этнических групп.

Необходимо отметить, что частота успешных попыток родов остается неизменно высокой и составляет 60-80%, в то время как риск разрыва матки является низким – менее 1%. Несмотря на это, одной из причин снижения ВРПКС является обеспокоенность по поводу разрыва матки во время попытки родов.

В настоящее время мало известно о частоте и схеме ведения родов после предыдущего кесарева сечения. Потенциальным источником информации об этой проблеме является Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) – программа, которая проводится Центрами по контролю и профилактике заболеваний и управлениями здравоохранения штатов. PRAMS – популяционный опрос рожениц. Ежегодно в каждом штате отбирают ограниченное количество рожениц (1300-3400). В дополнение к основной анкете в каждом штате изучают вопросы из набора стандартных или собственных вопросов.

Так, в штате Нью-Джерси за период с 1997 по 2008 год наблюдается увеличение частоты кесарева сечения менее чем с 50% до почти 85%. В период 2003-2005 гг. 79% женщин группы низкого риска в Нью-Джерси родоразрешали путем кесарева сечения.

Таким образом, частота ВРПКС существенно сократилась с 1996 года. Частота повторного кесарева сечения продолжает расти даже среди женщин низкого риска.

2. Какова частота вагинальных родов у женщин после предыдущего родоразрешения путем кесарева сечения и факторы, которые влияют на нее?

Частота попыток родоразрешения через естественные родовые пути резко сократилась за последние несколько десятилетий, однако частота вагинальных родов в результате таких попыток остается неизменной и достигает 74%.

Многие демографические и акушерские факторы ассоциированы с вероятностью ВРПКС. Раса и этническая принадлежность являются сильнейшими демографическими предикторами вагинальных родов в результате попытки родоразрешения через естественные родовые

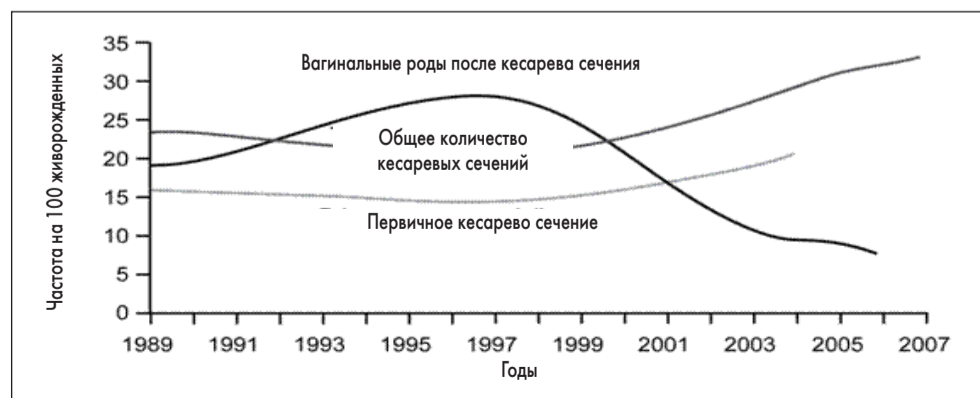


Рис. Частота первичных и всех кесаревых сечений, а также вагинальных родов после кесарева сечения (VBAC) в период с 1989 по 2007 год

после кесарева сечения: новый взгляд

консенсуса, 8-10 марта 2010 г., Бетесда, штат Мэриленд, США)

пути. У представителей испаноязычного и афроамериканского этноса более низкие показатели ВРПКС, чем у женщин не испаноязычного этноса и европеоидной расы. ВРПКС были также реже у женщин старшей возрастной группы, матерей-одиночек и пациенток с недостаточным образовательным уровнем (менее 12 лет обучения). Вероятность ВРПКС снижалась у женщин, рожавших в сельских и частных больницах, при наличии у них заболеваний (например, артериальная гипертензия, сахарный диабет, бронхиальная астма, судороги, заболевания почек, щитовидной железы, сердца). Высокий рост и индекс массы тела ниже 30 кг/м² связаны с повышением вероятности ВРПКС.

Вагинальные роды в анамнезе до либо после кесарева сечения связаны с повышением вероятности ВРПКС. Например, в одном ретроспективном когортном исследовании частота вагинальных родов в результате попыток родоразрешения через естественные родовые пути составляет 63% у женщин, у которых ранее не было вагинальных родов, 83% у женщин с вагинальными родами до кесарева сечения и 94% у женщин с предшествующими ВРПКС. Частота ВРПКС увеличивалась с каждым предыдущим ВРПКС. Кесарево сечение по разовым показаниям также ассоциировалось с более высокой частотой ВРПКС. У женщин, которые ранее родили ребенка массой менее 4000 г, вероятность ВРПКС выше, чем у родивших более крупных детей.

Вероятность вагинальных родов в результате попыток родоразрешения через естественные родовые пути также связана с факторами текущей беременности. Срок беременности более 40 недель, усиление и индукция родовой деятельности связаны с уменьшением частоты ВРПКС. Повышение вероятности ВРПКС связано с рядом факторов со стороны плода, в частности с массой тела при рождении менее 4000 г. Роды в срок ассоциировались со снижением частоты ВРПКС по сравнению с родами недоношенным плодом. Частота ВРПКС повышалась при наличии таких факторов в родах, как большая дилатация шейки матки при поступлении или разрыв плодных оболочек. Вероятность ВРПКС повышалась, если укорочение шейки матки достигало 75-90%. Вставление головки плода или более низкое положение предлежащей части, высокий балл по шкале Бишопа также повышают вероятность ВРПКС.

Также представляет интерес вопрос, насколько дородовое ведение беременности и стратегия ведения родов оказывают влияние на частоту ВРПКС. Общая частота вагинальных родов после применения любого метода индукции составляет 63%. Результаты исследований показывают, что частота ВРПКС варьирует от 54% при механической индукции родов до 69% при индукции фармакологическими методами.

Были предложены скрининговые методы для прогнозирования ВРПКС. Эти методы основаны на учете таких факторов, как возраст матери, индекс массы тела, наличие вагинальных родов в анамнезе, показание для предыдущего кесарева сечения, степень расширения или укорочения шейки матки при поступлении. Модель удобна для прогнозирования вероятности успешной попытки родоразрешения, но обладает низкой прогностической ценностью для риска разрыва матки или неудачной попытки родоразрешения. Исследования не подтвердили ценность этого скринингового инструмента для прогнозирования исходов для отдельных женщин.

3. Каковы краткосрочные и долгосрочные преимущества попыток родов после предыдущего кесарева сечения и вред для матери в сравнении с элективным повторным кесаревым сечением, какие факторы влияют на них?

О риске и пользе беременности и родов хорошо известно. Относительно кесарева сечения ведутся дискуссии, а высококачественные доказательства риска и пользы попыток родоразрешения через естественные родовые пути и элективного повторного кесарева сечения немногочисленны. В идеале, для консультирования женщин с предыдущим кесаревым сечением о возможных вариантах родоразрешения необходимо использовать данные женщин, родивших в срок. К сожалению, имеющихся данных

о женщинах, родивших в срок недостаточно, поэтому в данный обзор включены данные женщин, которые родоразрешались на всех сроках беременности.

Для женщин с предыдущим кесаревым сечением возможны три исхода: ВРПКС (то есть, успешная попытка родоразрешения через естественные родовые пути), неудачная попытка вагинальных родов и родоразрешение посредством кесарева сечения и элективное повторное кесарево сечение. Польза от попыток родоразрешения через естественные родовые пути напрямую обусловлена тем, что ВРПКС сопровождается наименьшей морбидностью. В то же время, вред от попыток вагинальных родов связан с последующим родоразрешением посредством кесарева сечения, для которого характерна самая высокая морбидность.

Краткосрочные преимущества попыток родоразрешения через естественные родовые пути

Доказательства высокого уровня

У женщин, которым предпринята попытка вагинальных родов, независимо от метода родоразрешения отмечают снижение риска материнской смертности по сравнению с теми, кому проводят элективное повторное кесарево сечение. Несмотря на гетерогенность исследований, в среднем материнская смертность составила 3,8 на 100 тыс. женщин, у которых проводилась попытка вагинальных родов, по сравнению с 13,4 на 100 тыс. живорожденных в результате элективного повторного кесарева сечения (табл.). Для родов в срок эти цифры уменьшаются соответственно до 1,9 vs 9,6 случаев смерти матерей на 100 тыс. родившихся живыми.

Доказательства среднего уровня

Общий риск гистерэктомии при попытке вагинальных родов статистически не различается по сравнению с элективным повторным кесаревым сечением (157 vs 280 на 100 тыс. соответственно) и может быть меньше у женщин с доношенной беременностью. Ограниченные данные свидетельствуют о том, что риск гистерэктомии увеличивается при индукции родов, беременности высокого риска, а также с увеличением количества предыдущих кесаревых сечений (420 на 100 тыс. при одном предыдущем кесаревом сечении, 900 — двух, 2410 — трех, 3490 — четырех и 8990 — пяти или более предыдущих кесаревых сечениях). Риск переливания крови достоверно не различается при попытке вагинальных родов по сравнению с элективным повторным кесаревым сечением (900 vs 1200 на 100 тыс.). Факторы, которые повышают этот риск, включают индукцию родов у женщин без опыта вагинальных родов, при беременности высокого риска, а также с увеличением количества предыдущих кесаревых сечений.

Доказательства низкого уровня

При попытке вагинальных родов сокращаются сроки пребывания в стационаре по сравнению с элективным повторным кесаревым сечением. Это преимущество не характерно для женщин с патологическим ожирением. В одном исследовании показано снижение риска тромбоза глубоких вен (ТГВ) при попытке вагинальных родов по сравнению с элективным повторным кесаревым сечением (40 vs 100 на 100 тыс.).

Краткосрочный вред от попыток родоразрешения через естественные родовые пути

Доказательства высокого уровня: отсутствуют.

Доказательства среднего уровня

Разрыв матки — редкое, но опасное краткосрочное осложнение попытки вагинальных родов. Установлено явное повышение риска разрыва матки при попытке вагинальных родов по сравнению с элективным повторным кесаревым сечением. Разрыв матки имеет множество негативных последствий как для матери, так и для ребенка.

Частота разрыва матки составляет приблизительно 325 на 100 тыс. женщин, у которых предпринята попытка вагинальных родов. Риск разрыва матки при попытке вагинальных родов у женщин с доношенной беременностью составляет 778 на 100 тыс. Риск разрыва матки при элективном повторном кесаревом сечении составляет 26 на 100 тыс. на всех сроках беременности и 22 на 100 тыс. для женщин с доношенной беременностью. К сожалению, отсутствует надежный способ определения пациенток, у которых может возникнуть разрыв матки.

Факторы, которые влияют на риск разрыва матки, изучены в исследованиях низкого уровня доказательности. Повышенный риск разрыва матки отмечен у женщин с классическим и нижним вертикальным рубцом на матке по сравнению с женщинами, у которых был нижний поперечный разрез матки во время кесарева сечения. Также разрыв матки был связан с индукцией родов. Риск разрыва при индуцированных родах выше (1500 на 100 тыс.), чем при спонтанных (800 на 100 тыс.). Риск разрыва при индукции родов может быть повышенным при сроке беременности более 40 недель (3200 vs 1500 на 100 тыс. в 37-40 недель). При усилении окситоцином родовой деятельности при самопроизвольных родах риск разрыва не повышался.

По результатам недавно опубликованного метаанализа большее количество предыдущих кесаревых сечений может повысить риск разрыва матки. Два или более предыдущих кесаревых сечений были связаны с более высокой частотой разрыва матки (1590 vs 560 на 100 тыс. при одном предыдущем кесаревом сечении). Другие факторы, которые могут увеличить риск разрыва матки, включают неблагоприятное состояние шейки матки на момент госпитализации, ожирение, интервал между беременностями 18 месяцев или менее, однослойное ушивание стенки матки после предыдущего кесарево сечения, ребенок весом более 4000 г и родоразрешение в стационаре с малым количеством принимаемых родов. Данных для количественной оценки специфического влияния этих факторов недостаточно.

Предыдущие вагинальные роды (до или после предшествующего кесарева сечения) уменьшают риск разрыва матки приблизительно до 600 на 100 тыс.

Сообщения о смерти матерей в результате разрыва матки отсутствуют. В целом от 14 до 33% женщин потребовалась гистерэктомия в результате разрыва матки. Около 6% разрывов матки приводят к перинатальной смерти. Общий риск гибели плода в родах составляет 20 на

100 тыс. женщин, у которых предпринята попытка вагинальных родов. При доношенной беременности риск гибели плода при разрыве матки не превышает 3%. Хотя риск неонатальной морбидности низкий, для ее количественной оценки данных недостаточно.

Ограниченные доказательства краткосрочного вреда

В целом, частота инфекции невысока (< 3% или менее 3000 на 100 тыс.) с тенденцией ее повышения при попытках вагинальных родов. Патологическое ожирение, неудачные попытки вагинальных родов и большое количество предыдущих кесаревых сечений повышает риск инфекции. Вред оперативного вмешательства увеличивается при неудачной попытке вагинальных родов, вертикальном разрезе брюшной стенки (в отличие от разреза по Пфанненштилю) и большим количестве предыдущих кесаревых сечений.

Долгосрочные преимущества попыток родоразрешения через естественные родовые пути

Доказательства высокого уровня: отсутствуют.

Доказательства среднего уровня

Существует связь между родоразрешением посредством кесарева сечения и аномальным положением и ростом плаценты при последующих беременностях, и риск этой патологии увеличивается с повышением количества предыдущих кесаревых сечений.

В целом основной пользой попыток вагинальных родов является высокая (74%) вероятность ВРПКС и снижение необходимости в повторных кесаревых сечениях.

Частота низкой плацентации (placenta previa) достоверно повышается у женщин с каждым последующим кесаревым сечением и составляет 900 на 100 тыс. женщин после одного, 1700 на 100 тыс. — после двух и 3000 на 100 тыс. — после трех и более кесаревых сечений. По мере роста количества кесаревых сечений повышается частота приращения плаценты (placenta accreta) и гистерэктомии, которая увеличивается при низкой плацентации.

Даже при отсутствии низкой плацентации частота аномального прикрепления (приращения, вставания и прорастания) плаценты (placenta accreta, increta, percreta) возрастает с увеличением количества предыдущих кесаревых сечений. Это оказывает выраженное влияние на будущую репродуктивную способность женщины. Исходный риск placenta accreta при одном предыдущем кесаревом сечении составляет 319 на 100 тыс., при двух — 570 на 100 тыс. и примерно 2400 на 100 тыс. при трех или более кесаревых сечениях. Частота отслойки плаценты не увеличивается с повышением количества предыдущих кесаревых сечений, хотя при наличии одного предыдущего кесарево сечения риск отслойки плаценты повышен по сравнению с теми, у кого кесарево сечение ранее не проводилось.

Доказательства низкого уровня: отсутствуют.

Ограниченные доказательства долгосрочных преимуществ

Считается, что кесарево сечение обуславливает возникновение таких состояний, как хроническая тазовая боль, внематочная беременность, мертворождение и бесплодие, однако исследования по изучению частоты этой патологии после кесарева сечения по сравнению с попытками вагинальных родов не проводились. Операции на брюшной полости связывают со следующими осложнениями: клинически значимые спайки, травмы кишечника и мочеточников и др.

Долгосрочный вред попыток родоразрешения через естественные родовые пути

Доказательства высокого, среднего и низкого уровня: отсутствуют.

Ограниченные доказательства долгосрочного вреда

Считается, что после вагинальных родов может повышаться риск тазовых расстройств, таких как стрессовое недержание мочи или пролапс тазовых органов, по сравнению с женщинами, перенесшими кесарево сечение. Однако исследования, посвященные данным вопросам, не проводились.

Obstetrics & Gynecology. 115(6):1279-1295, June 2010

Продолжение в следующем номере.

Сокр. перевод с англ. **Олега Мазуренко**

Таблица. Смертность в США			
	В целом	При попытке вагинальных родов	При элективном повторном кесаревом сечении
Общая смертность женщин в зависимости от возраста (на 100 тыс. населения США)			
15-24 года	42		
25-34 года	64		
35-44 года	136		
Смертность в ДТП (на 100 тыс. населения США) (мужчины и женщины, 25-44 года)	16		
Материнская смертность у женщин всех возрастов в период беременности и родов, на 100 тыс. родившихся живыми	13		
Материнская смертность во время родов у женщин всех возрастов с предыдущим кесаревым сечением (на 100 тыс. живорожденных)		4	13