

Роды через естественные родовые пути после кесарева сечения: новый взгляд

(по результатам конференции рабочей группы по подготовке консенсуса, 8-10 марта 2010 г., Бетесда, штат Мэриленд, США)

Продолжение, начало в «Педиатрия. Акушерство. Гинекология» № 3, 2010 г.

4. Какие краткосрочные и долгосрочные преимущества или вред для плода несут попытки вагинальных родов после перенесенного кесарева сечения в сравнении с электроктивным повторным кесаревым сечением, какие факторы влияют на исходы?

В отличие от материнских исходов, которые достаточно хорошо изучены, существует немного доказательных данных в отношении краткосрочных и долгосрочных неонатальных исходов при попытках вагинальных родов после кесарева сечения (ВРПКС). Большинство исследований в общей популяции женщин. После оперативного извлечения в сравнении с естественным появлением на свет у новорожденных отмечается более высокая частота кратковременных дыхательных расстройств, задержка первого контакта с матерью и первого кормления грудью. Долгосрочные последствия кесарева сечения для ребенка могут включать повышенный риск развития бронхиальной астмы. Также существует дефицит данных в отношении различий неонатальных исходов при сравнении двух стратегий родоразрешения в когорте женщин, ранее перенесших кесарево сечение. Практически отсутствуют данные о потенциальных факторах, влияющих на неонатальные исходы при ВРПКС.

Доказательства высокого уровня

Отсутствуют.

Доказательства среднего уровня

Исследования перинатальной смертности (смерть в период от 20-й недели гестации до 28-го дня жизни новорожденного) среднего качества демонстрируют, что данный показатель повышается при ВРПКС до 130 на 100 тыс. в сравнении с 50 на 100 тыс. при электроктивном повторном кесаревом сечении. Несмотря на то что эта разница статистически достоверна, абсолютная величина риска при ВРПКС невелика и сравнима с таковой при первичных вагинальных родах. Неонатальная смертность (смерть в первые 28 дней жизни) составляет 110 на 100 тыс. при ВРПКС против 50 на 100 тыс. при плановом повторном кесаревом сечении. В таблице 2 представлен уровень младенческой смертности в когорте женщин, которые ранее родоразрешались

кесаревым сечением, в сравнении с другими причинами смерти.

Доказательства низкого уровня

Исследования внутриутробной смертности (смерть в матке в сроки от 20-й недели гестации) имеют низкое качество и позволяют предположить, что при ВРПКС уровень внутриутробной смертности выше (50-130 на 100 тыс.) по сравнению со стратегией электроктивного повторного кесарева сечения (от 0 до 40 на 100 тыс.). Вероятно, плановое повторное кесарево сечение способствует снижению показателя мертворожденности на поздних сроках III триместра беременности, а также уменьшению перинатальной смертности, что наблюдается в последние два десятилетия, поскольку к этой стратегии редко прибегают в сроки после 40 нед, в то время как вагинальные роды после первого кесарева сечения могут происходить на более поздних сроках.

Частота гипоксической ишемической энцефалопатии новорожденных составляет 100 на 100 тыс. живорожденных. Это одно из самых катастрофических для ребенка последствий разрыва матки и одна из основных причин отказа женщин и врачей от попыток вагинальных родов после кесарева сечения. Систематический обзор доказательной базы не содержит достоверной информации о частоте гипоксической ишемической энцефалопатии в случаях ВРПКС по сравнению с электроктивным повторным кесаревым сечением. Тем не менее в недавнем проведенном обсервационном исследовании, в котором были проанализированы данные более чем 33 тыс. женщин, показано, что при ВРПКС частота этого осложнения статистически достоверно выше, чем при проведении планового повторного кесарева сечения (12 случаев против 0, или 46 на 100 тыс. против 0 на 100 тыс.). К сожалению, ценность результатов исследований по изучению этого важного исхода ограничена различиями в методологии их проведения.

Противоречивые данные

Дети, рожденные путем планового повторного кесарева сечения, могут иметь более высокий риск респираторных осложнений, включая респираторный дистресс-синдром, транзиторное тахипноэ новорожденных, потребность в оксигенотерапии и вентиляционной поддержке, по сравнению с рожденными естественным путем. Однако для подтверждения достоверности различий доказательных данных недостаточно.

Исследования по изучению частоты септических осложнений имеют низкое качество и не позволяют сделать какие-либо выводы.

При плановых повторных кесаревых сечениях повышается риск родовой травмы. Исследования частоты травмирования плечевого сплетения демонстрируют, что данное осложнение возникает в 180 случаях на 100 тыс. новорожденных при ВРПКС по сравнению с 30 на 100 тыс. при электроктивном повторном кесаревом сечении. В то же время не было выявлено существенных отличий в частоте формирования стойкого неврологического дефицита у детей, перенесших травму плечевого сплетения, при попытках естественного родоразрешения по сравнению с электроктивным повторным кесаревым сечением.

Не существует сравнительных данных о грудном вскармливании при ВРПКС и плановом повторном кесаревом сечении.

Сравнительные данные в отношении факторов, которые могут влиять на установление первого контакта и совместное пребывание новорожденного с матерью, для двух стратегий родоразрешения также отсутствуют.

5. Какие немедицинские факторы влияют на выбор стратегии вагинальных родов после кесарева сечения?

Обсуждаются следующие немедицинские аспекты выбора стратегии повторного родоразрешения:

- влияние практических руководств профессиональных ассоциаций;
- неготовность врачей и лечебных учреждений нести ответственность за плохие исходы;
- особенности получения информированного согласия пациенток;
- тип поставщика акушерской помощи и место ее оказания;
- наличие медицинской страховки и ее размер;
- предпочтения пациенток и поставщиков медицинских услуг.

При проведении анализа литературы для подготовки данного обзора перечисленные аспекты не включались в критерии поиска. Несмотря на это, авторы считают, что эти факторы могут в значительной мере влиять на клинический выбор и доступность стратегии естественного родоразрешения. Вместе с тем для оценки относительного влияния каждого из перечисленных факторов и их возможных взаимодействий данных недостаточно.

Влияние практических руководств профессиональных ассоциаций

В 1999 г. Американская коллегия акушерства и гинекологии издала практическое руководство, в котором однозначное поощрение ВРПКС было заменено на более консервативную рекомендацию: предлагать возможность естественного родоразрешения беременным без противопоказаний. В руководстве также отмечалось, что естественные роды следует проводить только в стационарах, где есть возможность ургентного реагирования на акушерские осложнения, в том числе проведения экстренного кесарева сечения. Уровень доказательных данных, на основании которых были приняты эти рекомендации, оценивался как C (на основании консенсуса экспертных мнений). Выполнить эти рекомендации смогли не все акушерские стационары, что в конечном итоге привело

к некоторому снижению частоты ВРПКС. В двух недавних исследованиях получены данные о том, что 30% стационаров прекратили предлагать возможность вагинальных родов, поскольку не имели возможности оказывать неотложную хирургическую и анестезиологическую помощь, а некоторые лечебные учреждения восприняли новые рекомендации как полный запрет ВРПКС. Из стационаров, которые до сих пор предлагают женщинам такую возможность, более половины были вынуждены пересмотреть свои внутренние протоколы.

В объединенном отчете Американской коллегии акушерства и гинекологии и Американского общества анестезиологов 2008 года также указывается на то, что при выборе естественного способа родоразрешения для женщин, которые раньше родоразрешались кесаревым сечением, в стационаре необходимо обеспечить доступность ургентной акушерской помощи, в том числе быстрого выполнения анестезии и экстренного кесарева сечения в случае осложненных родов. В то же время эксперты подсчитали, что штатных ресурсов анестезиологической службы не хватает для обеспечения ургентной доступности анестезии во всех акушерских стационарах. Более того, они прогнозируют, что этот кадровый дефицит в будущем только усилится.

Неготовность нести ответственность

Нежелание нести ответственность за возможные последствия для здоровья матери и ребенка является важным фактором, влияющим на готовность врачей и лечебных учреждений предлагать пациенткам вагинальные роды. Врачи боятся судебных исков за плохие исходы при ВРПКС, несмотря на повсеместную практику получения информированного согласия. Эти опасения, вероятно, и обусловили составление рассмотренных выше рекомендаций Американской коллегии акушерства и гинекологии по доступности экстренной акушерской помощи. Члены Американской коллегии акушерства и гинекологии считают, что боязнь ответственности стала основной причиной прекращения специалистами практики вагинальных родов после перенесенного кесарева сечения. Опрос врачей, проведенный по инициативе коллегии в 2009 г., показал, что 30% акушеров прекратили предлагать женщинам возможность вагинальных родов, в том числе после перенесенного кесарева сечения, из-за страха перед судебными исками. К этому следует добавить 29% специалистов, которые признались в том, что стали чаще выполнять кесарево сечение, и 8% врачей, которые совсем отказались от акушерской практики. В недавнем исследовании, также проведенном членами коллегии, было показано, что нежелание специалистов нести ответственность за возможные последствия неудачных вагинальных родов является главной причиной увеличения частоты кесаревых сечений.

Особенности получения информированного согласия пациенток

Важно, чтобы женщина понимала риски и преимущества вагинальных родов и электроктивного повторного кесарева сечения. Считается доказанным, что

Таблица 2. Уровень смертности на 100 тыс. новорожденных

Смертность	В общей популяции	При попытках вагинальных родов	При электроктивном повторном кесаревом сечении
Младенческая смертность	-	-	-
Общая смертность в возрасте < 1 года	677	-	-
Синдром внезапной младенческой смерти	49	-	-
Смерть в период от 20-й недели гестации до 28-го дня жизни	1,073	-	-
У женщин, которые ранее родоразрешались путем кесарева сечения	-	130	50

предоставление беременным такой информации помогает им принять решение и дать информированное согласие врачу на одну из стратегий родоразрешения, а в некоторых исследованиях показано, что на решение пациенток большое влияние оказывает способ подачи врачом информации о потенциальном риске. В руководстве Американской коллегии акушерства и гинекологии 1999 г. отмечено, что «после тщательного взвешивания потенциальных пользы и риска решение в пользу ВРПКС или elective повторного кесарева сечения женщина должна совместно принимать со своим врачом». Из выступлений рабочей группы по подготовке консенсуса следует, что далеко не все врачи выполняют столь важную рекомендацию, но масштабы этого недостатка в работе специалистов невозможно оценить в силу отсутствия специальных исследований и данных в этой сфере.

Статистика выбора стратегии ВРПКС также может зависеть от уровня знаний женщин и их способности понимать различия рисков и преимуществ для доступных вариантов родоразрешения. В целом отмечается достаточно ограниченный уровень знаний общества об основных рисках беременности и родов. В то же время существует большое разнообразие конкретных образовательных программ о рисках и преимуществах ВРПКС по сравнению с elective повторным кесаревым сечением. В некоторых хорошо спланированных исследованиях показано, что такие программы позволяют повысить уровень знаний, помогают женщинам преодолеть опасения и принять решение.

Тип поставщика акушерской помощи и место ее оказания

Не существует сравнительных данных, которые позволили бы оценить зависимость частоты ВРПКС от типа поставщика акушерской помощи (акушеры-гинекологи, семейные врачи, акушерки) с учетом личных предубеждений и индивидуальных различий пациенток. Некоторые данные свидетельствуют о том, что молодые акушеры-гинекологи реже выбирают стратегию ВРПКС. Это можно объяснить тем, что они обучались в то время, когда наблюдалось повсеместное сокращение практики ВРПКС.

Женщины рожают в самых разных условиях, в том числе в лечебных учреждениях низкого уровня и дома. Большинство данных о материнских и неонатальных исходах предоставляют крупные акушерские стационары третьего уровня, результаты же родоразрешения в других учреждениях остаются недооцененными. При этом в акушерских стационарах с высокой статистикой родов наблюдаются лучшие результаты работы, особенно в отношении неонатальной смертности среди недоношенных.

Медицинская страховка и размер компенсации

Существующие данные не позволяют сделать вывод о влиянии страхового статуса пациенток на доступность стратегии ВРПКС. Также неясно, влияет ли размер страховой компенсации при ВРПКС и elective повторном кесаревом сечении на выбор способа родоразрешения в стационарах и отдельными врачами.

Предпочтения пациенток и поставщиков медицинских услуг

Женщины отмечают, что на их выбор способа родов в первую очередь влияют рекомендации врачей и беспокойство за здоровье ребенка. При выборе вагинальных родов со стороны женщины играют роль такие факторы, как присутствие на родах партнера (партнерские роды), восприятие естественности вагинальных родов, возможность раннего контакта

с ребенком и грудного вскармливания, ожидание быстрой реабилитации и выписки. Среди причин выбора женщиной планового кесарева сечения можно отметить следующие: удобство планирования (нет эффекта внезапности начала родов), возможность хирургической стерилизации в момент проведения операции, боязнь возможных экстренных ситуаций в случае осложненных вагинальных родов, в том числе экстренного кесарева сечения, желание избежать болезненных ощущений во время родовой деятельности, страх перед неудачной попыткой вагинальных родов.

Другие факторы, потенциально влияющие на выбор пациенток, включая социальный статус, общественные нормы, ценности и убеждения, изучены в гораздо меньшей степени. Еще меньше известно о том, как формируются личные предпочтения клиницистов (исключая рассмотренные выше факторы профессиональных руководств, дополнительной ответственности и прошлый опыт) и как эти предпочтения отражаются на процессе совместного с пациентками принятия решения о выборе того или иного способа родов.

6. Какие критические пробелы в доказательной базе мешают принятию решения и какие направления исследований являются приоритетными для восполнения этих пробелов?

1. Существует потребность в универсальных и четких определениях и формулировках, которые следует использовать при сборе всех доказательных данных в отношении краткосрочных и долгосрочных материнских и неонатальных исходов.

2. Существуют расово-этнические, географические и социально-экономические различия в частоте выбора вагинальных родов, ВРПКС и elective повторного кесарева сечения. Авторы данного обзора рекомендуют изучить причины этих различий.

3. Недостаточно изучены факторы, которые влияют на течение вагинальных родов и их ведение. Авторы рекомендуют провести хорошо спланированные клинические исследования по изучению стратегий родоразрешения и ведения вагинальных родов, включая методы стимуляции родовой деятельности, в зависимости от типа поставщика акушерской помощи и места ее оказания. Методология проведения исследований должна соответствовать их целям с учетом того, что планирование способа родоразрешения может изменяться по мере приближения срока родов.

4. Недостаточно изучены различия долгосрочных материнских и перинатальных биологических и психосоциальных исходов для ВРПКС, неудачных попыток вагинальных родов и elective повторного кесарева сечения. Авторы рекомендуют провести хорошо спланированные клинические исследования для оценки и описания этих исходов. Это позволит минимизировать негативные последствия или избежать их.

5. Недостаточно изучено сравнительное влияние ВРПКС, неудачных попыток вагинальных родов и elective повторного кесарева сечения на практику грудного вскармливания. Авторы рекомендуют провести хорошо спланированные клинические исследования для выявления возможных факторов, которые мешают грудному вскармливанию, чтобы предотвратить их в будущем.

6. На доступность и выбор стратегии вагинальных родов влияет множество немедицинских факторов, но они плохо изучены. Доступность безопасных вагинальных родов может быть ограничена географической удаленностью, отсутствием необходимых кадровых ресурсов и квалификации, неправильной трактовкой

профессиональных руководств, типом поставщика акушерской помощи, боязнью дополнительной ответственности, аспектами медицинского страхования и политикой лечебных учреждений. Авторы рекомендуют провести хорошо спланированные клинические исследования для более полного изучения перечисленных факторов и отработки возможных клинических и социально-правовых мер, направленных на повышение доступности безопасных вагинальных родов. Лучшие модели акушерской практики, в частности такие, которые при принятии решения о проведении вагинальных родов основываются на тщательной стратификации рисков, должны быть хорошо изучены с целью последующего широкого внедрения.

7. Существующая медико-правовая база по оказанию акушерской помощи (осознание клиницистами ответственности за возможные профессиональные ошибки и предыдущий опыт такой ответственности) существенно ограничивает доступность вагинальных родов. Авторы рекомендуют провести специальные исследования для отработки клинических и юридических мер по устранению этого барьера.

8. Совместное с пациенткой принятие решения о том или ином способе родов должно основываться на доказательной базе и проводиться с акцентом на потребности и предпочтения женщины без оказания давления со стороны врача. Авторы предлагают наладить междисциплинарное сотрудничество с целью совершенствования, валидации и внедрения лучших систем стратификации рисков и выбора стратегии родоразрешения, а также разработки стандартов получения информированного согласия на основании предоставления пациенткам достоверной информации о потенциальных рисках и преимуществах в доступной для восприятия форме.

9. Факторы, влияющие на доступность вагинальных родов, недостаточно отслеживаются на национальном и региональном уровнях. Авторы рекомендуют принять единую форму стандартного медицинского сертификата новорожденного (Standard Certificate of Live Birth, 2003) и включить в мониторинг рисков во время беременности (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System – PRAMS) вопросы, касающиеся принятия решения о способе родоразрешения, применении стимуляции родовой деятельности, а также об участии врача и матери (партнера) в процессе принятия такого решения, начиная с ранних сроков беременности и до момента рождения ребенка.

10. Информация о факторах, которые способствуют повышению частоты ВРПКС у беременных с низким акушерским риском, противоречива. Авторы предлагают провести высококачественные клинические исследования в тщательно отобранных группах женщин, относящихся к категории низкого риска, для статистически достоверной оценки вероятности неудачной попытки вагинальных родов.

Заключение

С учетом доступной доказательной базы роды через естественные родовые пути являются обоснованной стратегией для многих женщин, которые в первый раз родоразрешались оперативным путем с низким поперечным рассечением матки. Данные, рассмотренные в этом обзоре, демонстрируют, что и попытка вагинальных родов, и плановое повторное кесарево сечение характеризуются как определенным риском, так и преимуществами в отношении матери и плода. Это создает некую этическую дилемму и для женщины, и для ее врача, поскольку отдельные выгоды для женщины

могут оборачиваться повышением перинатального риска, и наоборот. Эта дилемма усиливается дефицитом доказательных данных высокого уровня в отношении медицинских и немедицинских факторов, которые могут влиять на риски и преимущества двух стратегий родоразрешения, что затрудняет оценку соотношения польза/риск и принятие совместного с пациенткой решения. С учетом этой клинической и этической неопределенности авторы данного обзора подготовили данные рекомендации.

Одна из главных задач клинициста – помочь женщине, которая однажды родоразрешалась путем кесарева сечения, принять информированное решение в пользу вагинальных родов или планового повторного кесарева сечения. Врачам и организаторам акушерской помощи рекомендуется учитывать ответы на представленные здесь шесть вопросов, особенно на 3-й и 4-й, в своей практике принятия решений о способе родоразрешения. Информацию о потенциальных рисках следует обсуждать с женщинами в доступной для восприятия форме. В случаях, когда ВРПКС и elective повторное кесарево сечение оцениваются врачом как эквивалентные по уровню риска стратегии, следует больше прислушиваться к мнению женщины.

Авторы обеспокоены теми преградами, которые мешают женщинам получать необходимую акушерскую помощь при попытках вагинальных родов. Учитывая низкий доказательный уровень рекомендаций Американской коллегии акушерства и гинекологии и Американского общества анестезиологов о необходимости обеспечения ургентной доступности анестезиологической и хирургической помощи в стационарах, где проводятся ВРПКС, авторы рекомендуют упомянутым организациям пересмотреть данное положение в свете того, что такая же помощь может потребоваться и при других акушерских осложнениях сравнимого риска, и с учетом ограниченных кадровых ресурсов анестезиологической службы. Организаторам здравоохранения и врачам следует сделать более публичной информацию о своей политике в отношении ВРПКС и частоте выбора этой стратегии, а также обсудить планы по усилению реагирования на акушерские осложнения.

Авторы рекомендуют клиницистам, организаторам здравоохранения, страховым организациям и юристам объединиться для разработки комплексных мер по минимизации или полному устранению существующих в настоящее время ограничений по использованию стратегии вагинальных родов. Кроме того, авторы обеспокоены тем, что существующие медико-правовые условия часто усугубляют эти ограничения и рекомендуют объединение усилий по устранению влияния данного фактора на доступность вагинальных родов.

Для ответа на многие вопросы о выборе стратегии родоразрешения для женщин, которые перенесли кесарево сечение, необходимо провести хорошо спланированные исследования. При рассмотрении вопроса № 6 авторы обозначили основные пробелы в доказательной базе, которые требуют особого внимания исследователей. Исследования в этих направлениях должны стать приоритетными как по срокам проведения, так и по финансированию, особенно это касается исследований по изучению краткосрочных и долгосрочных материнских и перинатальных исходов ВРПКС по сравнению с elective повторным кесаревым сечением.

Статья напечатана в сокращении.

Obstetrics & Gynecology 2010; 115(6): 1279-1295

Перевод с англ. **Дмитрия Молчанова**

