

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ПОВТОРНАЯ ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ. ЕСТЬ ЛИ РЕЗЕРВЫ СНИЖЕНИЯ?

Е.Г. Гуменюк, Т.Л. Кормакова,
А.В. Карпеченко, Л.М. Марабян

Кафедра акушерства и гинекологии, дерматовенерологии
ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»
ул. Кирова, 15, Петрозаводск, Россия, 185035

Проведен анализ проблемы операции кесарева сечения в современном акушерстве. Проанализировано 156 случаев повторных операций кесарева сечения. Изучены показания для первой и повторной операции, послеоперационные осложнения. Обсуждены возможные резервы для снижения частоты первой и повторной операции кесарева сечения.

Ключевые слова: повторное кесарево сечение, показания, осложнения, резервы снижения.

Проблема оперативного родоразрешения является предметом многочисленных профессиональных дебатов [1; 5; 12; 13]. Кесарево сечение (КС) — большая хирургическая операция с известными факторами риска, которая должна выполняться при наличии специфических и четко обозначенных показаний [9]. Частота операции кесарева сечения за последние двадцать лет в большинстве развитых стран существенно увеличилась [7; 9]. Основными причинами роста КС являются относительные показания [1] и проведение операции в интересах плода [1; 5; 13]. Однако ВОЗ еще в 1990 г. опубликовала рекомендации, согласно которым оптимальной частотой операции КС с целью снижения перинатальной смертности является показатель, не превышающий 15% [7; 8].

В 1916 г. Edwin Cragin сформулировал хорошо известный постулат, в котором написал «...однажды кесарево — всегда кесарево...» [15]. Известно, что в указанный период применявшаяся оперативная техника (корпоральный разрез) увеличивала риск осложнений, в том числе неполноценности рубца и последующего разрыва матки. Но и в настоящее время кесарево сечение относится к сложным абдоминальным операциям с высокой частотой послеоперационных осложнений (3,3—54,4%) [2; 11].

Безусловно, повышение частоты КС в современном акушерстве обусловлено объективными причинами. Это увеличение количества первородящих старше

35 лет, внедрение методов экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), рубец на матке, в том числе после миомэктомии, и расширение показаний к операции в интересах плода [1; 5; 6].

По данным ряда авторов, рубец на матке в настоящее время является одним из основных показаний к кесареву сечению [1; 6; 9; 15]. Проведенное исследование в Северо-Западном регионе [1] показало, что основными показаниями для плановой повторной операции КС являлись рубец на матке в сочетании с экстрагенитальной патологией (28,9%); отягощенный акушерский анамнез и бесплодие (16,6%); крупный плод (15,7%); отсутствие готовности родовых путей (7%).

Основными показаниями для экстренного родоразрешения путем КС служили преждевременное излитие вод на фоне незрелых родовых путей (47,2%); угрожающий разрыв матки (18,05%); тяжелая преэклампсия (12,5%); нарушение состояния плода (12,5%). Не выявлено существенных корреляций между частотой КС в регионах и показателями перинатальной смертности.

По данным ряда авторов, частота послеоперационных осложнений у родильниц после КС колеблется в широких пределах [2; 8; 10; 11]. У новорожденных, родившихся путем операции кесарева сечения, отмечаются особенности течения раннего неонатального периода [3]. Безусловно, некоторые перинатальные заболевания и осложнения связаны с неблагоприятными анте-интранатальными причинами, которые служили показанием для оперативного родоразрешения [3; 5; 7].

Рост частоты абдоминального родоразрешения привел к появлению новой проблемы — ведению беременности и родов у женщин с рубцом на матке [2; 3].

Увеличение родов через естественные родовые пути у женщин с предшествующим КС признано стратегией, рассчитанной на снижение частоты операций [8; 10; 15]. Предложены различные рекомендации по ведению беременности у женщин с предшествующим КС. Наиболее информативные методы диагностики и критерии полноценности рубца на матке еще не определены. Во время беременности практически единственным методом оценки состояния рубца является ультразвуковое исследование, точность которого колеблется от 57,5% до 83% [4; 6; 10]. Однако данный метод исследования не позволяет оценить истинную структуру тканей в области рубца. По данным отдельных исследователей, морфологически неполноценный нижний сегмент после предшествующего кесарева сечения с развитием рубцовой ткани отмечен в 31% случаев [4]. Большинство авторов считают, что при наличии состоятельного рубца и желания женщины вероятность благоприятного исхода родов через естественные родовые пути достаточно велика [12; 14].

Итак, анализ современной литературы показал, что проблема повторного кесарева сечения существует, при этом есть «за» и «против». Пока не ясно, существует ли определенный «лимит» в плане проведения повторного КС или ведения родов через естественные родовые пути.

Цель исследования — изучить анамнез, показания к первой и повторной операции кесарева сечения, течение послеоперационного периода у женщин с рубцом на матке, а также оценить возможные резервы снижения частоты оперативного родоразрешения.

Материал и методы исследования. Изучены истории родов, обменные карты, истории развития новорожденных у 156 женщин с рубцом на матке, оперированных повторно в ГБУЗ «Родильный дом им. К.А. Гуткина».

Результаты исследования. Средний возраст обследованных женщин составил $28,2 \pm 5,7$ лет. Экстрагенитальная патология была диагностирована у 112 (71,8%) беременных. В структуре соматической патологии преобладали хроническая герпетическая инфекция — 63 случая (40,4%), вегето-сосудистая дистония — 47 (30,1%), варикозная болезнь — 31 (19,9%), заболевания желудочно-кишечного тракта — 30 (19,2%), органов мочевыделительной системы — 28 (17,9%), сердечно-сосудистой системы — 18 (11,5%), миопия — 4 (2,6%), ожирение — 27 (17,3%), психические нарушения — 4 (2,6%). Гинекологические заболевания были у 105 (67,3%) женщин. В структуре патологии преобладали эктопия шейки матки — 37 (35,2%), нарушения менструального цикла и бесплодие — 14 (13,3%), миома матки — 9 (8,6%). В 92 случаях (59%) отмечался неблагоприятный акушерский анамнез (искусственные и самопроизвольные аборты, неразвивающаяся беременность).

Ретроспективный анализ показал, что время между предшествующим кесаревым сечением и данной беременностью составило менее 2 лет у 34 (21,8%), 2—5 лет — у 66 (42,3%), более 5 лет — у 56 (35,9%) женщин. Следует отметить, что у 42 пациенток (26,9%) в течение 1—1,5 лет после первой операции наступала беременность, завершившаяся искусственным абортом. У 12 женщин с рубцом на матке (7,7%) в интергенетическом интервале были роды через естественные родовые пути.

В структуре основных показаний для первой операции кесарева сечения преобладали слабость родовой деятельности — 23 случая (14,7%), задержка роста и хроническая гипоксия плода (21—13,5%), клинически узкий таз (20—12,8%), тазовое предлежание 18 (11,5%), экстрагенитальные заболевания — 15 (9,6%). Остальные показания встречались реже: патология костного таза 9 (5,8%); дистония шейки матки — 8 (5,1%); преждевременная отслойка плаценты — 7 (4,5%); тяжелая преэклампсия — 5 (3,2%); консервативная миомэктомия до беременности — 4 (2,6%); неблагоприятные перинатальные исходы — 6 (3,8%); беременность после ЭКО — 4 (2,6%); неправильное положение плода — 2 (1,3%). В медицинской документации 14 женщин (8,9%) отсутствовали данные о показаниях к первой операции кесарева сечения.

Осложнения во время данной беременности были у 105 женщин (67,3%), а их структура существенно не отличалась от данных, полученных в ранее проведенных региональных эпидемиологических исследованиях.

Комплексная оценка состояния нижнего сегмента матки у беременных с кесаревым сечением в анамнезе проводилась на основании клинических данных и результатов ультразвукового исследования. У 75 (48,1%) беременных предполагалось наличие состоятельного рубца на матке, у 55 (35,2%) — неполноценного. В 26 случаях (16,7%) детальное описание области нижнего сегмента и рубца отсутствовало.

У 150 (96,1%) женщин произошли срочные роды, в 6 случаях (3,9%) роды были преждевременными. Операция повторного КС в плановом порядке выполнена у 91 (58,3%), по срочным показаниям — у 65 (41,7%) женщин.

В структуре показаний для плановой повторной операции ($n = 91$) отмечались неполноценный рубец (48—52,7%), неправильное положение плода (8—8,8%), неблагоприятные перинатальные исходы в анамнезе (6—6,6%), желание женщины (6—6,6%), экстрагенитальные заболевания (6—6,6%), патология костного таза (5—5,5%), хроническая плацентарная недостаточность (5—5,5%), отсутствие готовности родовых путей (3—3,3%), крупный плод (3—3,3%), многоплодная беременность (1—0,6%).

Показаниями для срочного повторного КС ($n = 65$) были начало родовой деятельности / преждевременное излитие околоплодных вод / «незрелые» родовые пути и предполагаемое наличие неполноценного рубца на матке (46—70,8%), тяжелая преэклампсия (3—4,6%), неправильное положение плода (5—7,7%), задержка роста плода с нарушением центральной гемодинамики (3—4,6%). Единственным показанием для срочной повторной операции КС в процессе родов служила прогрессирующая гипоксия плода (8—12,3%).

У 62 пациенток (39,7%) в ходе операции был выявлен выраженный спаечный процесс, что в ряде ситуаций вызывало технические трудности. Визуальная и пальпаторная оценка состояния нижнего сегмента матки позволила установить наличие неполноценного рубца у 110 женщин (70,5%). В остальных случаях (46—29,5%) рубец на матке оценивался как состоятельный. Во время операции отмечены 3 случая гипотонического кровотечения (1,9%) с благоприятным исходом. Гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде не было. У 79 родильниц (50,6%) диагностировалась анемия, у 10 (6,4%) — лохиометра.

Течение раннего неонатального периода проанализировано у 157 детей (с учетом двойни), в том числе шести недоношенных. Случаев тяжелой асфиксии новорожденных не было. У 25 детей (15,9%) выявлены различные заболевания и осложнения в раннем неонатальном периоде с преобладанием гипоксически-ишемического поражения центральной нервной системы (6—24%) и дыхательных нарушений (5—20%). Отмечен один случай ранней неонатальной смертности недоношенного ребенка.

Выводы. В большинстве случаев имелись четко поставленные показания к первой операции кесарева сечения. Ретроспективно трудно высказать мнение о возможности профилактики ряда осложнений во время беременности и в родах. На данном этапе развития медицинской науки не существует бесспорных методов профилактики (основанных на базе доказательной медицины!) плацентарной недостаточности, крупного плода, патологии костного таза, бесплодия, миомы матки и т.д. Нельзя исключить, что в ряде клинических ситуаций при рациональном ведении родов имелась возможность предотвращения и/или своевременной коррекции осложнений в ходе родов (например, слабости родовой деятельности и дистонии шейки матки, частота которых в структуре показаний составила суммарно 31 случай или 19,9%).

Основным показанием как для плановой, так и для срочной повторной операции КС был клинико-эхографический диагноз неполноценного рубца на матке во время беременности (суммарный показатель 94 случая, что составляет 60,3%). В ходе операции у 46 женщин (29,5%) рубец представлялся полноценным, однако нельзя забывать, что в данной группе были сформулированы показания для оперативного родоразрешения со стороны матери (преэклампсия, экстрагенитальные заболевания, патология костного таза) или плода (неправильное положение, задержка роста, крупный плод, гипоксия).

Таким образом, наше исследование показало, что имеются некоторые резервы для снижения частоты повторного кесарева сечения, но определить «лимит» оперативного родоразрешения в количественном отношении практически не представляется возможным. Пока очевидно, что одна из возможностей снижения повторного оперативного родоразрешения — это снижение частоты первого кесарева сечения. Но как это сделать..?

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Айламазян Э.К. Кесарево сечение: общие проблемы и региональные особенности // Журнал акуш. и жен. бол. 2005. Т. LIV. № 4. С. 4—10.
- [2] Буянова С.Н., Щукина Н.А., Пучкова Н.В. Особенности клинического течения эндометрита после кесарева сечения и его исходы // Рос. вестник акушера-гинеколога. 2012. № 5. С. 84—88.
- [3] Еникеева Ю.Д. Влияние способа родоразрешения на процессы постнатальной адаптации новорожденных детей // Мед. вестник Башкортостана. 2011. Т. 6. № 5. С. 145—150.
- [4] Залесный А.В. Комплексная оценка состояния рубца на матке после кесарева сечения // Журнал акуш. жен. бол. 2010. Т. LIX. № 5. С. 118—126.
- [5] Орлова В.С., Калашишкова И.В., Булгакова Е.В., Воронова Ю.В. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства // Журнал акуш. и жен. бол. 2013. Т. LXII. № 4. С. 6—14.
- [6] Павлова Т.Ю., Филиппова Р.Д., Крамарский В.А. и др. Частота кесарева сечения и пути снижения повторных абдоминальных родоразрешения // Якутский мед. журнал. 2010. № 2. С. 90—92.
- [7] Савельева Г.М., Трофимова О.А. Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей // Акуш. гин. 2008. № 4. С. 20—23.
- [8] Степанова Р.Н., Самофалкина Т.Н., Казакова Е.В. Проблемы повторного абдоминального кесарева сечения // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: естественные, технические и медицинские науки. 2009. № 2. С. 154—158.
- [9] Haider G., Zehra N., Munir A.A., Haider A. Frequency and indications of cesarean section in a tertiary care hospital // Pak. J. Me. Sci. 2009. Vol. 25. № 5. P. 791—796.
- [10] Hill J.B., Ammons A., Chauhan S.P. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines // Clin. Obstet. Gynecol. 2012. Vol. 55. № 4. P. 969—977.
- [11] Karahasan H., Ljuca D., Karahasan N. et al. Antibiotic prophylaxis and inflammatory complications after Cesarean section // J. Health Sciences. 2011. Vol. 1. № 3. P. 145—148.
- [12] Kazmi T., Saiseema S.V., Khan S. et al. Analysis of Cesarean Section Rate — According to Robson's 10-group Classification // Oman Med. J. 2012. Vol. 27. № 5. P. 415—417.
- [13] Torloni M.R., Betran A.P., Souza J.P. et al. Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review // PLoS ONE. 2011. Vol. 6. № 1: e14566.
- [15] Ugwumadu A. Does the maxim “Once a Caesarean, always a Caesarean” still hold true? // PLoS Med. 2005. Vol. 2. № 9: e305.

REPEATED CAESAREAN SECTION IN MODERN OBSTETRICS. ARE THERE DECREASING RESERVES?

E.G. Gumeniuk, T.L. Kormakova,
A.V. Karpechenko, L.M. Marabyan

Department of obstetrics&gynecology, dermatovenerology
Petrozavodsk State University
Kirova str., 15, Petrozavodsk, Russia, 185035

The analysis of the problem of caesarean section (CS) in modern obstetrics is performed. Analysed 156 cases of repeated CS. Indications for the first and repeated operation, postoperative complications are studied. Discussed possible reserves to reduce the incidence of the first and repeat caesarean section.

Key words: repeated caesarean section, indications, complications, decrease in frequency of repeated operation.

REFERENCES

- [1] Ailamazyan E.K. Caesarean section: common problems and regional characteristics. *J. Obst. & womens' diseases*. 2005. Vol. LIV. № 4. P. 4—10.
- [2] Buyanova S.N., Shchukina N.A., Puchkova N.V. The clinical course of endomyometritis after cesarean section and its outcomes. *Russian Bull of obstetrician-gynecologist*. 2012. № 5. P. 84—88.
- [3] Yenikeyeva Yu.D. Effect of mode of delivery on the postnatal adaptation of newborns. *Med. Bull of Bashkortostan*. 2011. Vol. 6. № 5. P. 145—150.
- [4] Zalesny A.V. Comprehensive assessment of the uterine scar after cesarean section. *J. Obst. & womens' diseases*. 2010. Vol. LIX. № 5. P. 118—126.
- [5] Orlova V.S., Kalashnikova I.V., Bulgakova E.V., Voronova Yu.V. Abdominal delivery as a medical and social problem of modern obstetrics. *J. Obst. & womens' diseases*. 2013. Vol. LXII. № 4. P. 6—14.
- [6] Pavlova T.Yu., Filippova R.D., Kramarskiy V.A. et al. The frequency of cesarean section and ways to reduce repeat abdominal delivery. *Yakut med J*. 2010. № 2. P. 90—92.
- [7] Savelyeva G.M., Trofimova O.A. Role of cesarean delivery in reducing of perinatal mortality and morbidity in term infants. *Obst & Gynecol*. 2008. № 4. P. 20—23.
- [8] Stepanova R.N., Samofalkina T.N., Kazakova E.V. Problems re-abdominal cesarean. *Scientific notes of Oryol State University. Series: natural, technical and medical sciences*. 2009. № 2. P. 154—158.
- [9] Haider G., Zehra N., Munir AA, Haider A. Frequency and indications of cesarean section in a tertiary care hospital. *Pak. J. Me. Sci*. 2009. Vol. 25. № 5. P. 791—796.
- [10] Hill J.B., Ammons A., Chauhan S.P. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines. *Clin. Obstet. Gynecol*. 2012. Vol. 55. № 4. P. 969—977.
- [11] Karahasan H., Ljuca D., Karahasan N. et al. Antibiotic prophylaxis and inflammatory complications after Cesarean section. *J. Health Sciences*. 2011. Vol. 1. № 3. P. 145—148.
- [12] Kazmi T., Saiseema S.V., Khan S. et al. Analysis of Cesarean Section Rate — According to Robson's 10-group Classification. *Oman Med. J*. 2012. Vol. 27. № 5. P. 415—417.
- [13] Torloni M.R., Betran A.P., Souza J.P. et al. Classifications for Cesarean Section: A Systematic Review. *PLoS ONE*. 2011. Vol. 6. № 1: e14566.
- [15] Ugwumadu A. Does the maxim “Once a Caesarean, always a Caesarean” still hold true? *PLoS Med*. 2005. Vol. 2. № 9: e305.