

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

ВЕДЕНИЕ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ОПЕРИРОВАННОЙ МАТКОЙ В АСПЕКТАХ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ

**С.А. Князев, А.А. Оразмурадов, Н.П. Ермолова,
А.И. Сащенко, А.А. Лукаев, Н.В. Болибок,
А.Ф. Кириенко, Ш. Гасымова**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

В данной статье рассматриваются вопросы тактики ведения родов у женщин с рубцом на матке. Приводятся результаты ряда исследований при ведении родов через естественные родовые пути после операции кесарево сечение, а также условия для их выполнения. Анализ ведения таких родов с правовой точки зрения как в России, так и за рубежом.

Ключевые слова: самопроизвольные роды, операция кесарево сечение, повторное кесарево сечение, рубец матки, разрыв матки.

Большинство операций кесарево сечение как в нашей стране, так и за рубежом производится в нижнем маточном сегменте [1]. Частота успешных родов через естественные родовые пути при такой локализации рубца по данным зарубежных авторов колеблется от 50 до 70% [2, 3, 5, 6]. В нашей стране, к сожалению, нет подобного опыта ведения родов с рубцами на матке, поскольку большинство акушеров не рискуют вести подобные роды, и продолжают действовать по принципу «однажды кесарево — всегда кесарево». Это связано не только с затрудненной оценкой состояния рубца, что вызвано слабой диагностической базой, особенно в периферийных учреждениях, но и плохой юридической защитой врача, поскольку а ргіогі разрыв матки считается тяжелейшим акушерским травматизмом, и в глазах пациентов приобретает статус врачебной ошибки. С развитием системы информирования пациентов, когда пациент получает право на полную информацию о своем здоровье и возможностью выбора лечебного учреждения, возможно эта ситуация изменится к лучшему. Тем более что на этом пути не надо совершать глобальных открытий, так как в зарубежной литературе существует большое число исследований, посвященных родам с рубцом на матке, в том числе и в области доказательной медицины.

В англоязычной литературе при исследовании родов с рубцом на матке используется несколько терминов, практически не применяемых в отечественных руководствах: VBAC (vaginal birth after cesarean) — влагалищные роды после кесарева сечения, TOL (trial of labor) и TOLAC (trial of labor after cesarean) — попытка родов после кесарева сечения. Термин TOLAC сопоставим с отечественным планом родов через естественные родовые пути с расширением показаний к кесареву сечению, или «запрограммированному» кесареву. Если роды протекают без осложнений, то они завершаются через естественные родовые пути, при отклонениях производится кесарево сечение.

М.В. Landon и соавт. (2004) провел многофакторный сравнительный анализ исходов 17 898 родов с рубцом на матке [7]. Изучались следующие показатели: послеродовой эндометрит, разрыв матки, гистероэктомия, тромбоэмболия, перинатальная и материнская смертность, гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденного. Полученные результаты распределились следующим образом: у женщин, рожавших через естественные родовые пути, полный разрыв матки отмечался в 0,7% случаев, неполный — в 0,7% и 0% и 0,5% соответственно — у женщин, подвергшихся запланированному кесареву сечению.

В 2001 году М. Lydon-Rochelle и соавт. представил анализ исходов 20 095 родов у беременных с рубцом на матке после единственного кесарева сечения, и не имевших в анамнезе родов через естественные родовые пути [8]. Так, 6980 женщин были родоразрешены в плановом порядке путем повторной операции кесарева сечения, без попытки проведения родов через естественные родовые пути. Частота разрывов матки, выявленных во время повторной операции, среди исследуемой группы составила 0,16%. Этот показатель в 12 раз превышает частоту разрывов матки без имеющегося рубца (0,012%), который является отправной точкой в сравнительных исследованиях. 10 789 женщин с одноплодной беременностью, неотягощенных макросомией или многоводием, вступили в роды спонтанно. К родам допускались женщины с невыявленными признаками неполноценности рубца, с неотягощенным анамнезом, у которых послеоперационный период протекал без осложнений. Частота разрывов матки в этом случае составили 0,52%.

Такие же данные приводит D.J. Ravasia и соавт. (2000), полученные при наблюдении 1544 пациенток, частота разрывов матки при последующих спонтанных, не осложненных родах через естественные родовые пути составила 0,45% [9]. Несколько большую частоту в аналогичном исследовании 2214 пациенток приводит С.М. Zelor и соавт. (1999) — 0,72% [10]. Мета-анализ 9 исследований, проведенных в период с 1987 по 2004 год, включавший 29 263 исходов родов у беременных с рубцами на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте, и спонтанно вступивших в роды, которые в дальнейшем ничем не осложнились, показал частоту разрыва матки 0,44%. Приведенные исследования доказывают, что частота разрывов матки после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте у здоровых беременных с неотягощенным анамнезом при спонтанно наступивших не осложненных родах, хотя и превышает таковую при плановом кесаревом сечении, однако составляет не более 1%.

Однако с 1970-х годов накапливались данные о ходе родов у женщин, решившихся на попытку влагалищных родов после кесарева сечения (TOLAC). Изначально число естественных родов после кесарева сечения росло — с 3% в 1961 до 31% в 1998 гг. Но поскольку число таких пациенток выросло, то возросло и число зафиксированных случаев осложнений, таких как разрыв матки. Это привело к тому, что некоторые клиники перестали предлагать своим пациенткам данную процедуру, что привело в 2002 г. к снижению естественных родов после первого кесарева сечения до 12,7%. По данным 2009 года, из 2800 обследованных больниц США 30% проводили политику запрета влагалищных родов после кесарева сечения и 20% даже не имели в своем штате докторов, готовых работать с пациенткой, пожелавшей попытаться родить самостоятельно после кесарева сечения, и это несмотря на законодательную либерализацию в этом вопросе — если ранее от врачей требовалось соблюдение условия «срочной доступности» всех необходимых ресурсов для возможного проведения повторного кесарева сечения, то теперь TOLAC может проводиться после взвешенного принятия решения врачом и пациенткой и не требует обязательного развертывания операционной. К тому же только в 4 штатах (Вирджиния, Калифорния, Массачусетс и Нью-Йорк) у пациенток есть доступ к информации о центрах, практикующих ведение родов с рубцом на матке.

В результате в США число попыток VBAC с каждым годом падает.

Президент ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists — американская коллегия акушеров-гинекологов) R.N. Waldman считает необходимой комплексную работу по распространению VBAC, с вовлечением в нее руководящего состава лечебных учреждений и представителей страховых компаний.

Отечественным акушерам придется столкнуться с той же проблемой, поскольку для ее возникновения созданы все административные предпосылки.

Так как для большинства ситуаций, возникающих в акушерстве, отсутствует четко регламентированный порядок действий врача, существует великое множество рекомендаций, иногда прямо противоположных, и врач становится зависим от мнения эксперта, которое может быть не всегда объективным. В современном акушерстве, с одной стороны, довольно живучи ложные и устаревшие теории и заблуждения, с другой стороны — с трудом приживаются прогрессивные нововведения, даже если они основаны на данных доказательной медицины. Свою лепту вносят и клинические разборы, проводимые в лечебных учреждениях, которые не всегда содержат грамотный анализ случая, тем более что разбор проводят по истории течения родов, которая может иметь весьма отдаленное отношение к имевшим место реальным событиям, и выводы сводятся к общим заключениям: «усилить, внимательнее относиться, тщательнее и своевременнее диагностировать» и так далее. Помимо личностного фактора акушерской агрессии способствуют внешние причины, воздействующие на врача. Основной внешней причиной роста акушерской агрессии является практически полное отсутствие правовой основы, защищающей как врачей, так и пациентов, отсутствие четких указаний, регламентированных приказами МЗСР [4].

Стандарт — это документ, в котором в целях добровольного, многократного использования устанавливаются характеристики продукции, правила осуществления и характеристики процессов производства, эксплуатации, хранения, реализации и утилизации, выполнения работ или оказания услуг.

Клиническая рекомендация (протокол ведения больных) — стандарт медицинской помощи — систематически разработанный документ, описывающий действия врача по диагностике, лечению, профилактике, реабилитации и помогающий ему принять правильные решения в конкретных клинических ситуациях.

Разработка стандартов позволит адекватно контролировать эффективность проводимых мероприятий и быстро выявлять погрешности в выполнении протокола, а также с большой долей достоверности оценивать эффективность мероприятий и осуществлять их коррекцию в случае низкой эффективности. Протокол не может быть виртуальным и меняться на каждой утренней конференции. До тех пор, пока он не существует на бумаге, это всего лишь частное мнение.

В идеале выбор тактики ведения родов должен определяться самой беременной, как это делают в США. В отличие от нашей страны, где план родов пишется врачом в истории родов после обсуждения с коллегами и администрацией, и в лучшем случае беременная только информирована в общих чертах о том, что в нем написано, то в США принято обсуждать все возможные моменты, возникающие в родах, и способы их решения. Беременная вправе выбрать тот или иной способ родоразрешения при наличии рубца матки, метод обезболивания, обсудить, какое пособие будет оказано при развитии острой гипоксии плода в конце второго периода родов — щипцы, вакуум-экстракция или давление на дно, и этот план родов подписывает не только врач, но и пациентка.

Второй проблемой, связанной с разрывом матки, является снижение частоты повторных операций кесарева сечения, приводящих к росту беременных с множественными рубцами, путем ведения родов через естественные родовые пути у пациенток с рубцами на матке после кесарева сечения. Хотя в этом вопросе вряд ли стоит оптимизировать ситуацию. Роды с рубцом на матке и раньше были не очень популярны в нашей стране, а с возрастающей юридической незащищенностью врачей этот вариант родов грозит исчезнуть совсем. Проблема в том, что у врача совершенно отсутствуют побудительные мотивы к этому достаточно трудоемкому, требующему повышенного внимания процессу. К тому же нет никакой юридической поддержки подобных родов ни со стороны МЗСР, ни со стороны ФОМС. К сожалению, ФОМС превратились в паразитирующую надстройку над системой предоставления медицинской помощи, которая любой ценой, путем издания приказов с максимально туманными формулировками, стремится сэкономить деньги за счет невыплат лечебным учреждениям. Чего только стоит приказ ФФОМС № 73 от 06.09.2000, где определено понятие медицинской помощи надлежащего качества «...как помощи, исключающей негативные последствия: повышающие риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, повышающие риск возникновения нового патологического процесса; приводящие

к неоптимальному использованию ресурсов медицинского учреждения; вызывающие неудовлетворенность пациента от его взаимодействия с мед. учреждением». Понятно, что разрыв матки в родах при существующем рубце сразу же попадает под определение «некачественное оказание помощи», поскольку риск ведения родов с рубцом всегда угрожаем «риском возникновения нового патологического процесса».

Или еще более великолепный шедевр от экспертов страховой медицины под названием «Классификация дефектов оказания акушерско-гинекологической помощи». В нем перечисляются некоторые разделы МКБ-Х, например, Т88.7 — «патологическая реакция на лекарственное средство или медикаменты (аллергическая реакция, повышенная чувствительность, идиосинкразия), на АДЕКВАТНО назначенное и ПРАВИЛЬНО примененное лекарственное средство», и при этом делается парадоксальный вывод, что раз эта формулировка вносится в диагноз, то это является основанием для возмещения вреда здоровью. В этой классификации дефектов очень много витиеватых и неконкретных определений: «без достаточных показаний», «нерациональное применение», и самое туманное определение «неумелое обезболивание родов». Помимо такого прямого правового давления на врача, существует второй немаловажный момент: именно эти «специалисты» выступают экспертами при возникновении судебных споров. По мнению самих экспертов ФОМС, для проведения экспертизы достаточно иметь диплом врача-специалиста, а в качестве требований к оценке качества оказываемых медицинских услуг приводят соблюдение протоколов, а при их отсутствии соответствие с обычаем «делового оборота». Поясним, «деловой оборот» — это различные учебники, монографии, руководства для врачей, справочники, а также данные в форме журнальных статей, тезисов докладов ведущих ученых, резолюций и постановлений съездов, совещаний, симпозиумов и научно-практических конференций ученых и врачей. То, что на этих конференциях или в статьях могут выдвигаться прямо противоположные рекомендации авторов предлагаемой классификации, видимо, вполне устраивает.

Выдающийся врач-эксперт В.А. Рожановский еще в 20-е годы прошлого века писал: «Врачебная деятельность отличается от любой другой деятельности; она включает у себя много специфических элементов, только ей присущих. Поместить врачебную деятельность со всеми ее специфическими особенностями в юридические формы, общие для всех граждан, почти невозможно».

До недавнего времени правовой диалог между врачом и пациентом казался редкостью, казуистикой и носил под собой спорную основу. В социалистическом обществе врач мог попасть в поле зрения правоохранительных органов только в случае явных правонарушений, например криминальный аборт, либо в результате политических акций.

В течение последних лет ситуация радикально изменилась. Иски от пациентов с целью компенсации материального, морального и прочих ущербов появляются в судебных инстанциях все чаще и чаще. Сфера медицины стала интересной для юристов, причем их интерес в основном лежит в плоскости оказания

правовой помощи именно пациентам. Очень незначительное количество врачей умеют «читать закон», наши законодательные нормы написаны крайне непонятным языком с множеством нюансов и возможностью разночтений. Часто у врачей нет времени и желания подтянуть свой уровень в юриспруденции, им и так есть чем заниматься, медицина — одна из сложнейших наук. В то же время юристу очень сложно понять работу врача. Особенно сложно разобраться, как врач может работать в условиях диагностических и медикаментозных ограничений, почему подходы к лечению разных пациентов так отличаются при одинаковом диагнозе, в каких случаях врач принимает решение идти на риск, а в каких нет и почему. В результате этого юристу проще защищать пациента, там все просто, есть проблема, есть реальная история, которая рассказывается пациентом на понятном языке, а юрист может выступить в роли защитника, воюющего против «медицинской мафии», члены которой «специально» изъясняются непонятными терминами и обманывают людей, осуществляя над ними свои медицинские опыты.

Для того чтобы повысить качество оказываемой медицинской помощи, необходимо создание стандартов, особенно для таких непростых ситуаций, как ведение родов с рубцом на матке, а также четкой законодательной базы для проведения медицинских вмешательств высокого риска. Кроме того, необходимо проводить экспертизу принимаемых приказов, чтобы не допускать появления сомнительного законодательства лоббирующего интересы страховой медицины, в ущерб практическому здравоохранению. Вторым эффективным методом является повышение контроля над качеством оказания медицинских услуг самими пациентами. Нужно создавать памятки для пациентов, в которых доступным языком должны быть изложены возможные медицинские проблемы, и четко описан порядок действий врача при их возникновении, с обязательным описанием законодательной базы, на основании которой проводятся или не проводятся те или иные действия. В этом случае достигается двойной эффект — пациент имеет возможность контролировать действия врача, пациент более полно информируется о своем состоянии. В то же время снижается риск его необоснованных претензий на неадекватное оказание медицинской помощи. При этом в полной форме реализуется право пациента на получение информации о состоянии своего здоровья, а в ряде случаев — право выбора пациента на тот или иной способ родоразрешения при наличии рубца на матке.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] Акушерство: Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [2] Радзинский В.Е., Князев С.А. Костин И.Н. Акушерский риск. Максимум информации — минимум опасности для матери и младенца. — М.: Эксмо, 2009 (Медицинская практика).
- [3] Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- [4] Радзинский В.Е. Акушерская агрессия. — Изд-во Медиабюро Статус презенс, 2011.
- [5] Репродуктивное здоровье: Учеб. пособие. / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: РУДН, 2011.

- [6] *Кесова М.И.* Выбор способа родоразрешения пациенток с рубцом матки // Вестник РУДН. Серия «Медицина». — 2010. — № 6. — С. 238—245.
- [7] *Landon M.B., Hauth J.C., Leveno K.J. et al.* Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery // *N Engl J Med.* Dec 16 2004; 351(25):2581—9.
- [8] *Lydon-Rochelle M., Holt V.L., Easterling T.R., Martin D.P.* Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery // *N Engl J Med.* Jul 5 2001; 345(1):3—8.
- [9] *Ravasia D.J., Wood S.L., Pollard J.K.* Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery // *Am J Obstet Gynecol.* Nov 2000; 183(5):1176—9.
- [10] *Zelop C.M., Shipp T.D., Repke J.T. et al.* Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery // *Am J Obstet Gynecol.* Oct 1999; 181(4):882—6.

MAINTENANCE DELIVERY IN WOMEN WITH A UTERUS OPERATED IN THE ASPECT OF INSURANCE MEDICINE

**S.A. Knyazev, A.A. Orazmuradov, N.P. Ermolova,
A.I. Saschenko, A.A. Lukaev, N.V. Bolibok,
A.F. Kirienko, S. Gasimova**

Department of obstetrics and gynecology with course of perinatology
Medical Faculty
People's Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

In this article questions of tactics of conducting childbirth at women with a hem on a uterus are considered. Results of a number of researches are given when conducting childbirth through natural partrimonial ways after operation Cesarean section, and also conditions for their performance. The analysis of conducting such childbirth from the legal point of view, as in Russia, and abroad.

Key words: spontaneous childbirth after operation Cesarean section, repeated Cesarean section, a uterus hem, a rupture of a uterus.