

# Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке . . . . .	7	<b>Глава 11.</b> Ведение физиологических родов . . . . .	127
Благодарность . . . . .	8	<i>Джоанна Квист-Нельсон, Винченцо Бергелла</i>	
Предисловие к изданию на английском языке . . . . .	9	<b>Глава 12.</b> Роды при тазовом предлежании . . . . .	143
Участники издания . . . . .	11	<i>Джан Карло Ди Ренцо, Валентина Тосто, Ирэн Джардина, Сандро Джерли</i>	
Список сокращений и условных обозначений . . . . .	14	<b>Глава 13.</b> Эпизиотомия и травмы промежности. . . . .	157
<b>Глава 1.</b> Надлежащая клиническая практика и врачебная ошибка: история и современные представления. . . . .	15	<i>Бунсри Чанрачакул</i>	
<i>Джан Карло Ди Ренцо, Валентина Тосто, Ирэн Джардина</i>		<b>Глава 14.</b> Дистоция плечиков и травма плечевого сплетения . . . . .	168
<b>Глава 2.</b> Нормальный родовой процесс и родоразрешение . . . . .	19	<i>Крессида Бонд, Рейчел Гринвуд, Софи Ренвик, Тимоти Дрейкотт</i>	
<i>Кфир Куба, Эдит Д. Гуревич Аллен</i>		<b>Глава 15.</b> Родоразрешение при патологическом вставлении головки. . . . .	181
<b>Глава 3.</b> Экономические и правовые аспекты родоразрешения. . . . .	39	<i>Антонио Мальвази, Андреа Тинелли, Антонино Ф. Барбера</i>	
<i>Мариарозариа Ди Томмазо, Елена Рита Магро Малоссо</i>		<b>Глава 16.</b> Оперативное влагалищное родоразрешение . . . . .	200
<b>Глава 4.</b> Партограмма . . . . .	49	<i>Валентина Тосто, Джан Карло Ди Ренцо, Ирэн Джардина</i>	
<i>Себастьян Р. Хобсон, Шири Шинар, Дэн Фарин</i>		<b>Глава 17.</b> Кесарево сечение . . . . .	215
<b>Глава 5.</b> Индукция родов . . . . .	66	<i>Майкл Робсон</i>	
<i>Винченцо Бергелла</i>		<b>Глава 18.</b> Родоразрешение женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения. . . . .	230
<b>Глава 6.</b> Наблюдение за состоянием плода в родах. . . . .	73	<i>Джеймс Сарджент, Аарон Коги</i>	
<i>Катарина Рейс-де-Карвальо, Диого Айрес-де-Кампос</i>		<b>Глава 19.</b> Разрыв матки. . . . .	240
<b>Глава 7.</b> Вспомогательные технологии: анализ сегмента ST, кислотно-основное состояние и лактат. . . . .	83	<i>Хуа Ляо, Тао Дуань</i>	
<i>Петра Агостон, Эдвин Чандрахаран</i>		<b>Глава 20.</b> Послеродовое кровотечение . . . . .	258
<b>Глава 8.</b> Интранатальная ультразвуковая диагностика . . . . .	93	<i>Хосе М. Паласиос-Харакемада</i>	
<i>Антонио Мальвази, Брайан Локо, Джузеппе Трояно, Саверио Масколо</i>		<b>Глава 21.</b> Многоплодная беременность . . . . .	273
<b>Глава 9.</b> Роль интранатальной сонографии. . . . .	107	<i>Розмари Таунсенд, Асма Халил</i>	
<i>Сана Усман, Кристоф Лис</i>		<b>Глава 22.</b> Ведение беременных с экстрагенитальными заболеваниями . . . . .	285
<b>Глава 10.</b> Дистресс плода и неонатальные осложнения . . . . .	114	<i>Бенжамин Виарис де Лесеньо, Кэтрин Нельсон-Пирси</i>	
<i>Так Юнг Люн</i>		<b>Глава 23.</b> Патология плода и околоплодной среды . . . . .	293
		<i>Такудзи Томимацу, Тадаши Кимура</i>	

<b>Глава 24.</b> Перинатальные инфекции. . . . .	<b>301</b>	<b>Глава 28.</b> Уход за новорожденным и реанимация . . . . .	<b>367</b>
<i>Джан Карло Ди Ренцо, Валентина Тосто, Ирэн Джардина, Сандро Джерли</i>		<i>Деспина Д. Бриана, Ариадна Маламици-Пухнер</i>	
<b>Глава 25.</b> Особенности послеродового периода . . . . .	<b>324</b>	<b>Глава 29.</b> Дискуссионные аспекты прав и насилия в акушерстве . . . . .	<b>385</b>
<i>Фабио Факкинетти, Лукреция Пиньятти, Винченца Дипаче, Кристина Салерно</i>		<i>Сандра Морано, Сьюзан Бьюли</i>	
<b>Глава 26.</b> Обезболивание родов . . . . .	<b>337</b>	<b>Глава 30.</b> Роль информирования пациентов в предотвращении судебных разбирательств . . . . .	<b>399</b>
<i>Кишиштоф Марек Кучковски, Рената Бек</i>		<i>Жан Мишель Дрейфус, Антуан Ватрело</i>	
<b>Глава 27.</b> Анестезия при операции кесарева сечения . . . . .	<b>353</b>	Предметный указатель . . . . .	<b>406</b>
<i>Кишиштоф Марек Кучковски, Рената Бек</i>			

---

# Предисловие к изданию на русском языке

Основными задачами современного практического акушерства и перинатологии стали создание оптимальных условий для осуществления женской функции материнства, сохранение ее здоровья и обеспечение рождения здорового потомства. В настоящее время превалирует перинатальное акушество, учитывая важную социальную роль акушерско-гинекологической помощи.

Данное издание посвящено патологическим состояниям, осложняющим течение беременности, родов и послеродового периода, и представляет собой фундаментальный труд международных экспертов в области акушерства, гинекологии и перинатологии с многолетним опытом работы.

Непрерывное образование медицинских кадров, изменения в аспектах биоэтики между врачом и пациентом способствовали созданию понятий надлежащей практики и врачебной ошибки, которые на протяжении многих лет реформировались и обретали новую законодательную основу.

Особенностью книги, помимо высокого научного уровня, является и максимальная практическая направленность. Врачи могут пользоваться лечебными протоколами при ведении сложных пациенток.

В издании рассматриваются история и современные аспекты надлежащей практики и врачебной ошибки, представления о нормальном родовом процессе и родоразрешении, экономические и правовые последствия нормальных родов и родоразрешения, особенности наблюдения беременных с экстрагенитальными заболеваниями, основные понятия о партограмме, индукции родов, наблюдении

за состоянием плода в родах, интранатальной ультразвуковой диагностике и сонографии, дистрессе плода и неонатальных осложнениях, многоплодной беременности и др.

Отдельное внимание уделено ведению родов с рубцом на матке после операции кесарева сечения, оперативному влагалищному и абдоминальному родоразрешению, а также акушерскому травматизму и послеродовым кровотечениям, дискуссионным аспектам прав и насилия в акушерстве, роли информирования пациентов в предотвращении судебных разбирательств. Подробно описаны особенности обезболивания родов и анестезии при операции кесарева сечения, а также перинатальные инфекции и специфика ухода за новорожденными и их реанимация.

Убеждены, что данное издание станет настольной книгой для каждого акушера-гинеколога, неонатолога, анестезиолога-реаниматолога, для врачей смежных специальностей, преподавателей соответствующих кафедр, организаторов службы охраны материнства и детства, а также для обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования — подготовки ординаторов, аспирантов, студентов медицинских вузов, которые неминуемо встречаются в своей работе с надлежащей и ненадлежащей практикой при родах и родоразрешении.

*Заслуженный деятель науки РФ,  
профессор Наталья Енкиновна Кан,  
заслуженный врач РФ,  
профессор Виктор Леонидович Тютюнник*

---

# Предисловие к изданию на английском языке

При возникновении судебно-медицинских тяжб в здравоохранении на первый план выходят вопросы профессиональной ответственности врачей. В настоящее время доминирует перинатальное акушерство, что во многом обусловлено социальными причинами. Происходит переход от классического акушерства, когда основной заботой врачей было здоровье матери, к перинатальному акушерству, задача которого — обеспечить здоровье не только матери, но и новорожденного. Акушерство и перинатология — это сфера, в которой нередко рассуждают о надлежащей практике и врачебных ошибках — *good practice and malpractice*. Данные разделы медицины по-прежнему занимают первое место среди специальностей, где чаще всего наблюдаются случаи врачебной ошибки и вытекающие из нее неблагоприятные последствия.

Здравоохранение, включая акушерство, тесно связано с понятием оборонительной, или перестраховочной, медицины, практикуемой осознанно или бессознательно. Оборонительная медицина, с определенной точки зрения, является защитным механизмом для принятия медицинских решений и используется в клинической практике в качестве диагностического теста или лечения, которое не обязательно является лучшим вариантом для пациента, но в основном служит для защиты врача от пациента как потенциального истца. Защитная медицина является реакцией на растущие расходы на страховые взносы от врачебной ошибки и предвзятость пациентов, предъявляющих иски за неправильно сформулированный или поздно поставленный диагноз либо несвоевременно проведенное лечение, но не за гипердиагностику.

Врачи в США подвергаются наибольшему риску судебного преследования, а чрезмерное лечение является обычным явлением. Количество судебных исков против врачей в США оказало существенное влияние на поведение врачей и медицинскую практику. Врачи назначают анализы и избегают лечения пациентов из группы высокого риска (когда у них есть выбор), чтобы уменьшить вероятность судебных исков, или вынуждены пре-

кратить практику из-за слишком высоких страховых взносов. Такое поведение стало известно как защитная медицина, «отклонение от здоровой медицинской практики, на которое указывает прежде всего угроза ответственности». С определенной точки зрения, даже оборонительная медицина является, в некотором роде, врачебной ошибкой, потому что ее целью является благо клинициста, а не пациента.

Труднее определить, что представляет собой «надлежащая практика». Ее цели вполне очевидны, но средства достижения «надлежащих» результатов для здоровых и больных людей демонстрируют разнообразие не только в научных подходах, но и в поведении, отношении, воззрениях, социально-экономических последствиях. Кроме того, самой сложной областью медицины является акушерство в связи с тем, что приходится иметь дело с двумя людьми (а иногда и больше), а не только с женщиной, и эти сложные взаимодействия могут иметь непредсказуемые последствия.

В книге рассматриваются различные аспекты родов и родовспоможения, особое внимание уделяется тому, что будет считаться идеальным поведением для акушеров и гинекологов в оказании помощи беременной, роженице и родильнице в соответствии с фактическими данными и международными клиническими рекомендациями.

Авторы также рассматривают негативные аспекты ведения родов, так называемую ненадлежащую практику, которая часто основана на традиционных процессах, на научных предположениях, которые так и не нашли подтверждения, на убеждениях и личных мнениях, которые могут инициировать необходимость проведения судебно-медицинской экспертизы по этому событию.

Эта книга не претендует на то, чтобы представить руководство по классическому акушерству и родовспоможению; она скорее рассматривает критические аспекты родов и родоразрешения на основе обновленных и общепризнанных в акушерско-гинекологическом сообществе принципов и утвержденных рекомендаций.

Главы книги посвящены различным этапам подготовки и оказания помощи в родах, особенностям при родоразрешении и в послеродовом периоде. В них приводятся практические советы о том, что нужно предпринимать абсолютно во всех случаях, что можно делать в определенных ситуациях и какие вмешательства производить не следует, так как есть риск получить обвинение во врачебной ошибке.

Авторы данного издания — международные эксперты в области акушерства и гинекологии с многолетним опытом работы; им было предложено взглянуть на свою профессиональную деятельность с новой, прагматической точки зрения и высоты своего опыта и практики.

Наша цель — предложить справочник о том, что делать и, прежде всего, чего не делать при родовспоможении, сопроводить информацию наглядными иллюстрациями и понятными рекомендациями, а также дать исчерпывающие, обновленные и подтвержденные сведения по этому вопросу.

Мы надеемся, что читатель найдет эту книгу практичной, современной и полезной.

Мы признательны издателям за их отличную работу и помощь, особенно Арианне Рибическу, которая смогла довести эту книгу до публикации.

*Джан Карло Ди Ренцо,  
Винченцо Бергелла,  
Антонио Мальвази*

# Родоразрешение женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения

*Джеймс Сарджент, Аарон Коги*

## Введение

В США 1/3 всех родов происходит путем операции кесарева сечения [1]. Вместе с тем данные литературы свидетельствуют о том, что такой подход ассоциируется с более высокой материнской и неонатальной заболеваемостью по сравнению с родами через естественные родовые пути [2–5].

R.M. Silver и соавт. отмечают, что после операции кесарева сечения любая последующая беременность имеет повышенный риск преждевременного отслойки плаценты, интраоперационных осложнений, послеродового кровотечения, необходимости гемотрансфузии, гистерэктомии, а также более длительного пребывания в стационаре [6], что обуславливает важность снижения частоты операции кесарева сечения при возможности родов через естественные родовые пути.

Проведение влагалищных родов у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения может значительно снизить частоту повторного кесарева сечения и связанные с операцией риски. Однако разрыв матки или неудачная попытка самопроизвольных родов у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения могут иметь серьезные последствия для здоровья как матери, так и новорожденного. В связи с вышеизложенным решение о проведении родов у женщин с наличием рубца на матке является сложным вопросом и требует тщательного наблюдения, обследования и планирования в анте- и интранатальном периодах. Врачи должны оценить все возможные риски родов с рубцом на матке как для женщины, так и для врача, включая медико-правовые аспекты.

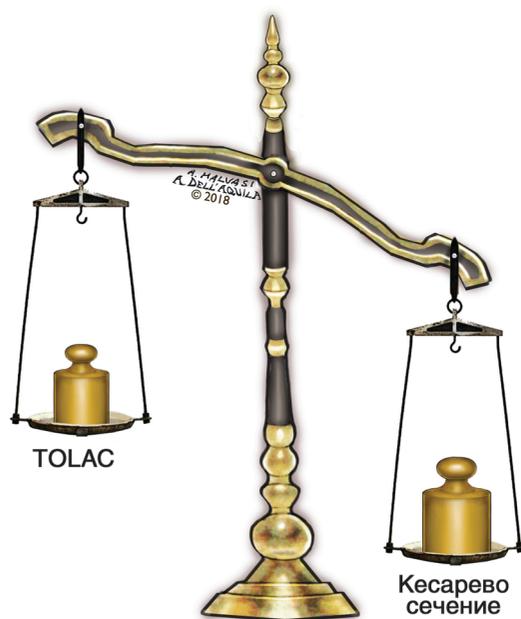
В данной главе мы представили современные данные о родах у женщин с наличием рубца на матке после кесарева сечения, об особенностях добровольного информированного согласия и другие вопросы.

В главе освещены исторические аспекты родов при наличии рубца на матке в США, описаны предикторы успешного влагалищного родоразрешения или разрыва матки, обсуждено влияние судебных разбирательств при ненадлежащей практике, а также представлена надлежащая клиническая практика на этапах анте- и интранатального ведения таких пациенток.

## История практики ведения самопроизвольных родов с рубцом на матке после операции кесарева сечения

В первой половине XX в. доминирующей клинической стратегией родовспоможения было определение: «однажды кесарево сечение — всегда кесарево» [7]. В 1951 г. стали появляться данные, представленные H.E. Schmitz и C.H. Gajewski, а также R.A. Cosgrove, о возможности влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения [8, 9], что не нашло поддержки в сообществе акушеров-гинекологов и не стало частью общепринятой клинической практики до выхода в 1981 г. Консенсуса национальных институтов здравоохранения о родах. В рамках этого документа основное внимание было уделено самопроизвольным родам с рубцом на матке после кесарева сечения как способу решения проблемы растущей частоты абдоминального родоразрешения [10, 11]. В 1988 г. ACOG опубликовал рекомендации по безопасной практике влагалищных родов с наличием рубца на матке после кесарева сечения. В результате вышеизложенного национальные показатели влагалищных родов после кесарева сечения в США выросли с 3% в 1981 г. до исторического максимума 28% в 1996 г. При этом частота операции кесарева сечения снижалась с 1988 по 1996 г., достигнув 21% [1].

Эти тенденции изменились в середине 1990-х годов. Быстрое распространение практики ведения родов с рубцом после кесарева сечения привело к случаям разрыва матки в небольших больницах, где медицинские вмешательства были не всегда своевременными. Это, в свою очередь, привело к росту неблагоприятных перинатальных исходов, а также появлению судебных исков. Медико-правовое давление побудило больницы отказаться от массового проведения родов с рубцом на матке. В 1996 г. М.Д. McMahon и соавт. опубликовали крупное ретроспективное исследование, в котором сравнивались исходы самопроизвольных родов после предыдущего оперативного родоразрешения с проведением повторного кесарева сечения (рис. 18.1). Было показано, что увеличение числа «основных материнских осложнений» в группе с рубцом на матке было обусловлено увеличением частоты разрыва матки (ОР 5,2; 95% ДИ 0,6–45,4) [14]. С другой стороны, не было выявлено различий в «незначительных материнских осложнениях» или неонатальных исходах в зависимости от способа родоразрешения.



**Рис. 18.1.** Медико-юридическое давление побудило больницы прекратить предлагать ведение родов с рубцом на матке после операции кесарева сечения (TOLAC)

В связи с увеличением частоты неблагоприятных исходов ACOG в 1999 г. внес несколько изменений в предыдущие рекомендации, что привело к снижению в родовспомогательных учреждениях частоты самопроизвольных родов при наличии рубца на матке [11]. Главным изменением было предложение — рекомендовать врачам «предлагать», а не «настаивать» на проведении родов через естественные родовые пути с наличием рубца

на матке после кесарева сечения при отсутствии противопоказаний к ним.

Вторым изменением было условие, включающее доступность хирургической и анестезиологической помощи для проведения экстренного кесарева сечения при подозрении на разрыв матки. Внесение данного изменения привело к снижению доступности попытки родов через естественные пути у женщин с рубцом на матке. По данным Национального института здравоохранения США, около трети больниц и половины акушеров-гинекологов не могли выполнить стандарт «немедленной доступности» либо не желали рисковать последующим судебным разбирательством [10]. К 2006 г. показатели влагалищных родов после кесарева сечения снизились, лишь 16% беременных выбирали данный метод родоразрешения и только у 9% роды заканчивались через естественные родовые пути [11, 15]. В то же время частота операции кесарева сечения выросла до 33% в 2009 г. и оставалась на этом уровне (32%) в последующие годы [1]. В ответ на эти тенденции авторы практических рекомендаций ACOG 2010 г. по самопроизвольным родам с рубцом на матке констатировали, что «опасения по поводу ответственности оказывают значительное влияние на готовность врачей и медицинских учреждений предлагать попытку влагалищных родов» беременным с рубцом на матке после кесарева сечения, что привело к снижению частоты самопроизвольных родов при наличии рубца на матке после кесарева сечения [10, 16]. Исследования доступности самопроизвольных родов с рубцом на матке в медицинских учреждениях, проведенные в 2012 г. в Калифорнии [17] и Нью-Мексико [18], показали, что только 57 и 41% учреждений-респондентов соответственно предлагали проведение таких родов [17, 18]. Основными препятствиями были нехватка акушеров-гинекологов или анестезиологов-реаниматологов, а также стоимость исков по поводу врачебной ошибки.

## Исходы самопроизвольных родов с рубцом на матке в сравнении с проведением повторной операции кесарева сечения

С момента первых сообщений по самопроизвольным родам после кесарева сечения, опубликованных в 1950-х годах, было проведено множество исследований и метаанализов, описывающих риски, связанные с влагалищным родоразрешением и плановой повторной операцией кесарева сечения.

В процессе консультирования по поводу способа родоразрешения обсуждается попытка самопроизвольных родов с рубцом на матке или повторное кесарево сечение с объяснением осложнений и преимуществ обоих вариантов.

Известно, что повторное кесарево сечение связано с повышенной вероятностью материнских осложнений и может негативно повлиять на последующую беременность.

Успех попытки влагалищных родов с рубцом на матке в первую очередь зависит от исхода, а именно: завершится ли беременность самопроизвольными родами или операцией кесарева сечения, проведенной в экстренном порядке. Влагалищные роды с наличием рубца на матке демонстрируют лучшие материнские и неонатальные исходы по сравнению с повторной операцией. Однако внимания заслуживает тот факт, что при разрыве матки или проведении экстренной операции кеса-

рева сечения имеется повышенный риск материнской и неонатальной заболеваемости и смертности.

Кроме того, хотя обе эти тактики считаются безопасными, каждая из них сопряжена с возникновением редких, но серьезных осложнений (табл. 18.1).

По данным метаанализа, попытка влагалищных родов при доношенном сроке беременности ассоциируется со снижением риска материнской смертности по сравнению с повторным кесаревым сечением (ОР 0,27), несмотря на повышенный риск разрыва матки (0,47% против 0,026%) [19]. Следует отметить, что при попытке влагалищных родов увеличивается риск разрыва матки, особенно в случае доношенной и переношенной беременности. Систематический обзор литературы, проведенный J.-M. Guise и соавт., подтверждает высокую частоту разрывов матки при проведении индукции родов, которая составляет 1,2% [19] (рис. 18.2).

**Таблица 18.1.** Исходы попыток влагалищных родов в сравнении с плановой повторной операцией кесарева сечения при наличии рубца на матке [19, 25]

ИСХОД	ПОПЫТКА ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОВ, %	ПЛАНОВОЕ ПОВТОРНОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ, %	ОР	95% ДИ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>МАТЕРИНСКИЙ</b>					
Смертность (любой срок беременности)	0,0038	0,0134	0,33	0,33–0,88	–
Смертность в доношенном сроке	0,0019	0,0096	0,27	0,19–0,85	–
Разрыв матки в доношенном сроке	0,47	0,026	20,74	9,77–44,02	Недостаточно данных по разрыву матки в недоношенном сроке
Гистерэктомия (любой срок беременности)	0,22	0,43	0,4	0,18–0,92	–
Гистерэктомия при доношенном сроке беременности	0,14	0,16	–	–	$p=0,672$
Трансфузия (любой срок беременности)	0,90	1,20	–	–	Незначимо, $p$ -значение отсутствует
Трансфузия при доношенном сроке беременности	0,70	0,50	1,3	1,15–1,47	–
Лихорадка у матери	6,50	7,20	0,63	0,43–0,91	–
<b>ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ</b>					
Смертность	0,13	0,05	1,82	1,24–2,76	–
Вентиляция мешком Амбу	5,40	2,50	–	–	Разница в обобщенном риске 2,5%
Подозрение на сепсис	12,00	2,00	–	–	$p=0,001$
Сепсис с положительными культурами	2,00	0,30	–	–	Незначимо
Госпитализация в отделение интенсивной терапии	26,00	18,00	–	–	$p=0,001$
Госпитализация в отделение интенсивной терапии >4 ч	4,20	4,40	–	–	$p=0,9$



**Рис. 18.2.** Разрыв матки после индукции родов простагландинами. Американский колледж акушеров-гинекологов не рекомендует их использовать

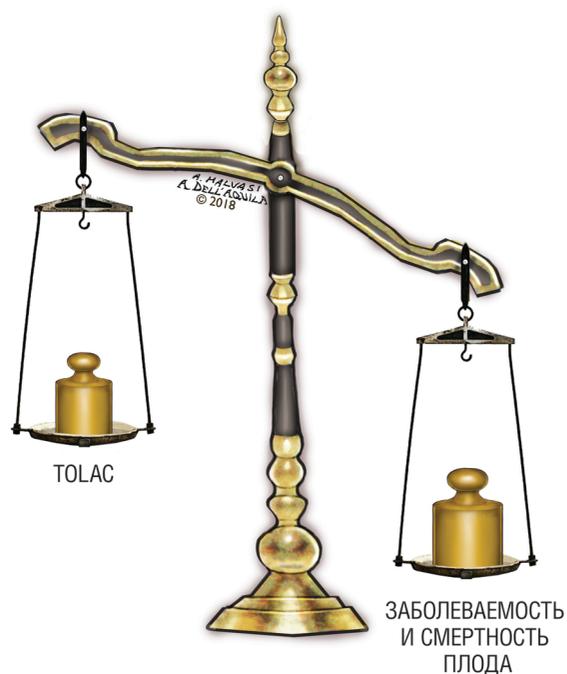
В двух крупных исследованиях, проведенных в 2015 г., сравнивались индукция родовой деятельности и выжидательная тактика. Исследование A. Palatnik и W.A. Grobman показало повышенный риск разрыва матки во время родов после их индукции только при сроке беременности от 39+0 до 39+6 нед (1,4% против 0,5%; ОР 2,73; 95% ДИ 1,22–6,12) [20], а J.R. Larpen и соавт. не выявили повышенного риска разрыва матки, связанного с индукцией родов (0,2% против 0,3%; ОР 0,72; 95% ДИ 0,24–2,17) [21]. Следует отметить, что попытка влагалищных родов ассоциируется с более коротким пребыванием женщины в стационаре (2,55 дня) по сравнению с повторной операцией кесарева сечения (3,92 дня) [19].

Риск развития венозной тромбозной эмболии у женщин с рубцом на матке после одной операции кесарева сечения с последующим успешным влагалищным родоразрешением намного ниже, чем при повторном оперативном вмешательстве (0,04% против 0,1%) [22].

Руководство ACOG 2010 г. по самопроизвольным родам с рубцом на матке после операции кесарева сечения рекомендует избегать при индукции родов использования мизопростала. Механическая ди-

латация и установка интрацервикального катетера являются более безопасным вариантом для женщин, планирующих родоразрешение влагалищным путем с рубцом на матке с незрелой шейкой матки [16]. По современным данным, индукция родов у женщин с рубцом на матке безопасна, при этом не рекомендуется использование простагландинов.

По литературным данным, показатель перинатальной смертности при попытке влагалищных родов значительно выше по сравнению с повторной операцией кесарева сечения (рис. 18.3) (ОР 1,82; 95% ДИ 1,24–2,76;  $p=0,041$ ) [19].



**Рис. 18.3.** Уровень перинатальной смертности при влагалищных родах (TOLAC) значительно выше по сравнению с повторным кесаревым сечением

На сегодняшний день не было проведено ни одного исследования, в котором проводилось сравнение исходов самопроизвольных родов с рубцом на матке после кесарева сечения и планового повторного кесарева сечения, используя в качестве критерия гипоксически-ишемическую энцефалопатию, согласно критериям Международной целевой группы по церебральному параличу. Тем не менее известно, что попытка влагалищных родов, скорее всего, ассоциируется с более высоким риском данного осложнения [23]. Согласно результатам ряда исследований, не было выявлено различий в оценке по шкале Апгар у детей, рожденных путем повторного кесарева сечения [24–27].

## Риски для последующих беременностей

Важными этапами принятия решения при родах с рубцом на матке являются учет пожеланий пациентки относительно предстоящих родов и анализ

возможных последствий ее выбора для деторождения в будущем.

Известно, что с каждой последующей операцией кесарева сечения увеличивается частота предложения и/или врастания плаценты, необходимости гистерэктомии, переливания крови, цистотомии и др. При этом увеличиваются длительность операции, продолжительность пребывания в стационаре, частота послеродового эндометрита, в некоторых случаях требуется послеоперационная искусственная вентиляция легких ( $p < 0,001$ ) [6]. Как изложено выше, повышается риск врастания плаценты в зависимости от количества предыдущих операций кесарева сечения, составляя 0,24% — при отсутствии рубца на матке и 6,7% — при 5 или более операций в анамнезе [6], что может сопровождаться развитием таких тяжелых осложнений, как массивное кровотечение, диссеминированная внутрисосудистая коагулопатия, почечная недостаточность, расширение хирургического вмешательства, релапаротомия и материнская смерть [6, 28]. Частота предлежания плаценты также увеличивается у женщин с рубцом на матке после операции кесарева сечения (ОР 1,48–3,95) [19], что связано с повышенным риском дородового, интранатального и послеродового кровотечения, гистерэктомии и преждевременных родов [29].

## Предикторы успешной попытки влагалищных родов

Ряд факторов, связанных с успешными самопроизвольными родами с рубцом на матке после операции кесарева сечения, представлен в **табл. 18.2**. Из них наиболее значимым предиктором успеха был опыт предыдущих влагалищных родов, который увеличивает вероятность успешной попытки в 3–7 раз [19]. Также было показано, что успешное предыдущее влагалищное родоразрешение с рубцом на матке после кесарева сечения существенно повышает вероятность влагалищных родов до 88–93% [30, 31]. Для прогнозирования успешных самопроизвольных родов с рубцом на матке были разработаны и апробированы различные модели [32–37].

Одной из наиболее эффективных является модель, предложенная W.A. Grobman и соавт., которые разработали онлайн-калькулятор, позволяющий оценить вероятность успешной попытки влагалищных родов с рубцом на матке после операции кесарева сечения (URL: <https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/web/mfmunetwork/vaginal-birth-after-cesarean-calculator>) [34].

Согласно систематическому обзору, представленному S. Tahseen и M. Griffiths, совокупный показатель успешности влагалищных родов с рубцом

**Таблица 18.2.** Отдельные факторы и их влияние на вероятность успешного влагалищного родоразрешения при наличии рубца на матке

<b>ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С УСПЕШНОЙ ПОПЫТКОЙ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОВ</b>	
<b>ФАКТОР</b>	<b>ВЛИЯНИЕ</b>
Латиноамериканская этническая принадлежность	↓
Афроамериканская этническая принадлежность	↓
Сельская или частная больница	↓
Масса новорожденного >4000 г	↓
Возраст матери >40 лет	↓
Предыдущее кесарево сечение по поводу дистоции плечиков в родах	↓
ИМТ на момент первой явки к акушеру-гинекологу	↓
ИМТ на момент родоразрешения >30	↓
Многоплодная беременность	↓
Предыдущие самопроизвольные роды	↑
Спонтанные роды или преждевременный разрыв плодных оболочек	↑
Рост женщины	↑
Наличие в анамнезе двух операций кесарева сечения	Без изменений

**Примечание.** ИМТ — индекс массы тела.

на матке у женщин, имеющих в анамнезе две операции кесарева сечения, составляет 72%. При этом частота разрыва матки составляет 1,1% при попытке влагалищных родов против 0,11% в случае повторного кесарева сечения ( $p < 0,001$ ). Частота гистерэктомии (**рис. 18.4**) при попытке влагалищных родов составляет 0,40% против 0,63% при повторном кесаревом сечении ( $p=0,14$ ) [38]. Однако авторы отмечают, что нет достаточного количества данных, позволяющих проанализировать неонатальные исходы, включая сепсис, гипоксически-ишемическую энцефалопатию или смерть при оценке риска заболеваемости при наличии трех операций кесарева сечения в анамнезе. По данным различных исследований, частота разрыва матки составляет 1,3% [39], гистерэктомии — 0,9% [6, 39], госпитализации женщины в отделение интенсивной терапии — от 0,54 до 4,9% [39], тромбозмболии легочной артерии — 0,08% [6], повторных операций — от 0 [41] до 0,25% [6], а материнской смертности — от 0 [41] до 0,05% [6].

Ведение родов с рубцом на матке при многоплодной беременности осложняется ввиду наличия множества факторов, которые могут повлиять



**Рис. 18.4.** Гистерэктомия после разрыва матки при самопроизвольных родах с рубцом на матке [перезатие зажимом и рассечение левой маточной артерии ножницами Майо (Mayo)]

на здоровье матери и плодов. Одним из них является неправильное положение второго плода из двойни после успешного влагалищного родоразрешения первого плода, что может привести к необходимости проведения кесарева сечения для рождения второго плода. По данным исследований, процент успешных самопроизвольных родов при многоплодной беременности с рубцом на матке колеблется от 45 до 76% [40–42]. Однако необходимо отметить, что частота разрыва матки составляет 1,1%, а при повторной операции кесарева сечения этот показатель снижается до 0,1% [40].

### Предикторы разрыва матки

Было определено множество факторов, которые могут быть ассоциированы с разрывом матки (табл. 18.3) [19]. Исследователи предлагали использовать измерение толщины миометрия по данным сонографии перед попыткой влагалищных родов как предиктор разрыва матки. Так, по данным, представленным P. Rozenberg и соавт., толщина миометрия в нижнем сегменте матки >3,5 мм имеет отрицательную предсказательную ценность в 99% случаев разрыва матки [43].

**Таблица 18.3.** Отдельные факторы и их взаимосвязь с разрывом матки при попытке естественных родов с наличием рубца на матке

<b>ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С РАЗРЫВОМ МАТКИ ВО ВРЕМЯ ПОПЫТКИ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОВ</b>	
<b>ФАКТОР</b>	<b>ВЛИЯНИЕ</b>
Возраст матери >30 лет	↑
Интергравидарный промежуток <24 мес	↑
Предыдущий разрез на матке не в нижнем сегменте поперечным разрезом	↑
Зашивание разреза на матке однорядным швом	↑
Переносенная беременность	↑
Индукция родовой деятельности	↑
Наличие двух операций кесарева сечения в анамнезе	↑
Самопроизвольные роды с рубцом на матке после кесарева сечения в анамнезе	↓
Самопроизвольные роды в анамнезе	↓
Масса тела при рождении	Без изменений

Следует отметить, что разрыв матки в родах чаще всего сопровождается нарушениями сердечного ритма плода. В частности, брадикардия плода встречается в 70% случаев. Вместе с тем следует учитывать, что повторные переменные децелерации часто встречаются у рожениц при физиологических родах. Клиническая картина при разрыве матки может характеризоваться вагинальным и/или внутрибрюшным кровотечением, острым болевым синдромом, жалобами на болезненные схватки и настойчивым желанием дополнительного обезболивания, аномальным характером родовой деятельности и отсутствием возможности определения предлежащей части [15, 44].

При изучении судебных процессов по акушерским делам, связанным с родами после предыдущего кесарева сечения, было выявлено, что до 80% исков можно было избежать в случае ограничения проведения влагалищных родов с рубцом на матке после кесарева сечения у женщин со спонтанными родами без стимуляции окситоцином и при отсутствии признаков страдания плода (включая повторные переменные децелерации) [45]. Необходимо отметить, что количество упущенных возможностей самопроизвольных родов после кесарева сечения на каждый предотвращенный разрыв матки подсчитано не было.

### Последствия судебных разбирательств

В 2009 г. был проведен опрос среди членов АСОГ по вопросам профессиональной ответственности. Результаты показали, что 26% опрошенных прекратили предлагать роды после кесарева сечения в анамнезе

в течение предыдущих 3 лет. Из них 20% сообщили, что причинами являлись ненадлежащая практика или отсутствие доступности хирургической помощи [46]. Кроме того, в исследовании С.Р. Durrance и S. Hankins оценивалось влияние опыта судебного разбирательства на вероятность проведения попытки самопроизвольных родов после кесарева сечения во Флориде. Было установлено, что даже однократный иск при осложнениях в родах приводит к снижению вероятности влагалищных родов после кесарева сечения по меньшей мере на 10% [47].

Наиболее распространенной причиной судебных разбирательств в связи с ненадлежащей практикой при родах после кесарева сечения является развитие тяжелого неврологического дефицита у новорожденного после разрыва матки в родах [48]. В таких случаях возмещение по вердикту присяжных может быть значительным, при этом иск часто удовлетворяется даже при соблюдении стандарта оказания медицинской помощи [48]. В связи с тенденциями к снижению самопроизвольных родов после предыдущего кесарева сечения в рекомендациях АСОГ 2010 г. по влагалищным родам было отмечено, что «ограничение доступа к родоразрешению пациенток с рубцом на матке не входило в предыдущие рекомендации» [16]. Был сделан акцент на то, что решение о предложении и проведении родов должно быть тщательно обдумано пациенткой и ее врачом в условиях, когда ограничена возможность экстренного кесарева сечения [16].

Процесс информированного добровольного согласия является важным этапом взаимодействия между врачом и пациенткой в случае выбора между самопроизвольными родами и повторной операцией кесарева сечения. В рамках беседы необходимо провести детальное обсуждение рисков для матери и плода, а также преимуществ каждого из методов родоразрешения. Одним из ключевых моментов является тщательная документация информированного согласия со стороны пациентки. Это позволяет предоставить возможность выбора метода родоразрешения, а также улучшить коммуникацию между медицинским персоналом и пациенткой. Кроме того, такая документация является необходимой для защиты от возможной судебной ответственности.

Для упрощения процесса подписания информированного согласия можно использовать стандартизированные формы, которые содержат информацию, специфичную для каждого пациента, включая факторы, которые могут повлиять как на вероятность успешных влагалищных родов после кесарева сечения, так и на риск разрыва матки. Такие формы согласия должны быть заполнены как минимум при консультировании во время беременности и в интранатальном периоде [48].

С другой стороны, подписанная форма информированного согласия не гарантирует полного

понимания выбора, который имеет пациентка, а также не обеспечивает защиты врача от возможной юридической ответственности. Результаты исследований показали, что у значительной части пациенток, проконсультированных ранее, имеются критические пробелы в понимании вероятности успеха родов после кесарева сечения и рисков, связанных с данным методом, по сравнению с повторной операцией. При этом 45–73% пациенток даже не могут ответить на соответствующие вопросы и показывают отсутствие осведомленности [49].

Для того чтобы прийти к консенсусу, необходимо проводить регулярные беседы с женщиной на протяжении всей беременности. Врач должен акцентировать внимание на индивидуальных рисках пациентки, шансах на успех и возможных исходах для каждого предполагаемого способа родоразрешения.

## Надлежащая и ненадлежащая практика

Для женщин, имеющих рубец на матке после предыдущей операции кесарева сечения, стандартом оказания медицинской помощи обычно является попытка влагалищных родов, а также консультирование, которое должно включать в себя информацию о шансах на успешные влагалищные роды и о рисках разрыва матки. Такое консультирование подчеркивает возможность совместного принятия решения в данной ситуации, когда врач может быть уверен, что пациентка в меру своих возможностей понимает риски и преимущества родов с рубцом на матке и может самостоятельно определить, что может обеспечить благоприятный исход для нее и ее будущего малыша. Важно отметить, что не все медицинские учреждения предлагают такую возможность. В таких условиях врач должен выяснить заинтересованность пациентки в данной процедуре и, при необходимости, направить в родовспомогательное учреждение, где может быть безопасно проведено самопроизвольное родоразрешение.

В то же время пациентка может высказать свои собственные желания в отношении влагалищных родов или операции кесарева сечения в данной ситуации и решить, что лучше для нее и ее ребенка. Есть много медицинских учреждений, которые не предлагают естественные роды после оперативных в анамнезе. Пациентка имеет право высказать свои предпочтения в отношении способа родоразрешения, которые врач должен учитывать при принятии окончательного решения, поскольку беременная может обратиться в больницу, которая предложит попытку влагалищного родоразрешения с рубцом на матке после кесарева сечения.

Не является надлежащей практикой настойчиво рекомендовать беременной тот или иной способ родоразрешения.

Если решение о попытке влагалищных родов после кесарева сечения было принято в амбулаторных условиях, важно проконсультировать беременную еще раз при госпитализации в стационар, поскольку факторы риска могут меняться (например, от спонтанных родов к необходимости их индукции).

В современной медицине индукция родов входит в стандарт оказания медицинской помощи при родах с наличием рубца на матке после кесарева сечения, однако не рекомендуется использование простагландинов. Более приемлемыми методами, применяемыми для созревания шейки матки, считаются установка баллонного катетера или инфузия низких доз окситоцина. В активной фазе родов, при необходимости увеличения скорости введения окситоцина, может использоваться катетер внутриматочного давления. Однако это не является обязательным и требует индивидуального подхода.

Большинство женщин находятся под непрерывным кардиомониторным контролем, позволяющим выявить возможные отклонения от нормального сердечного ритма плода или симптомы разрыва матки. Предвестники разрыва матки, такие как боль в животе, переменные децелерации или необходимость увеличения дозы эпидуральной анестезии, не являются специфическими и могут быть вызваны другими причинами.

Ключевыми моментами для снижения риска неонатальных осложнений и разрыва матки при ведении родов с рубцом на матке являются своевременная диагностика и экстренное родоразрешение. Для этого необходимо постоянное наблюдение со стороны всей акушерской бригады (рис. 18.5). Только так можно снизить риск неонатальной заболеваемости и обеспечить безопасность матери и ребенка.



Рис. 18.5. Разрыв матки во время родов с рубцом на матке после кесарева сечения

## Заклучение

При беременности с наличием рубца на матке после предыдущего кесарева сечения выбор метода родоразрешения является важным вопросом, требующим тщательного обдумывания и консультирования. Как попытка родов через естественные родовые пути, так и повторное кесарево сечение являются безопасными вариантами с низкой абсолютной частотой неблагоприятных исходов для матери и плода. Однако необходимо учитывать индивидуальные особенности каждой женщины, так как пороги риска различны в каждой конкретной ситуации. Поэтому обсуждение способа родоразрешения должно начинаться еще на этапе амбулаторного наблюдения и продолжаться на протяжении всей беременности.

Обсуждение добровольного информированного согласия при беременности является важным этапом взаимодействия между врачом и пациенткой. В процессе такого обсуждения необходимо учитывать пожелания женщины относительно предстоящего родоразрешения и специфические факторы риска разрыва матки (рис. 18.6). Прошедшее успешное влагалищное родоразрешение должно быть подтверждено документально.

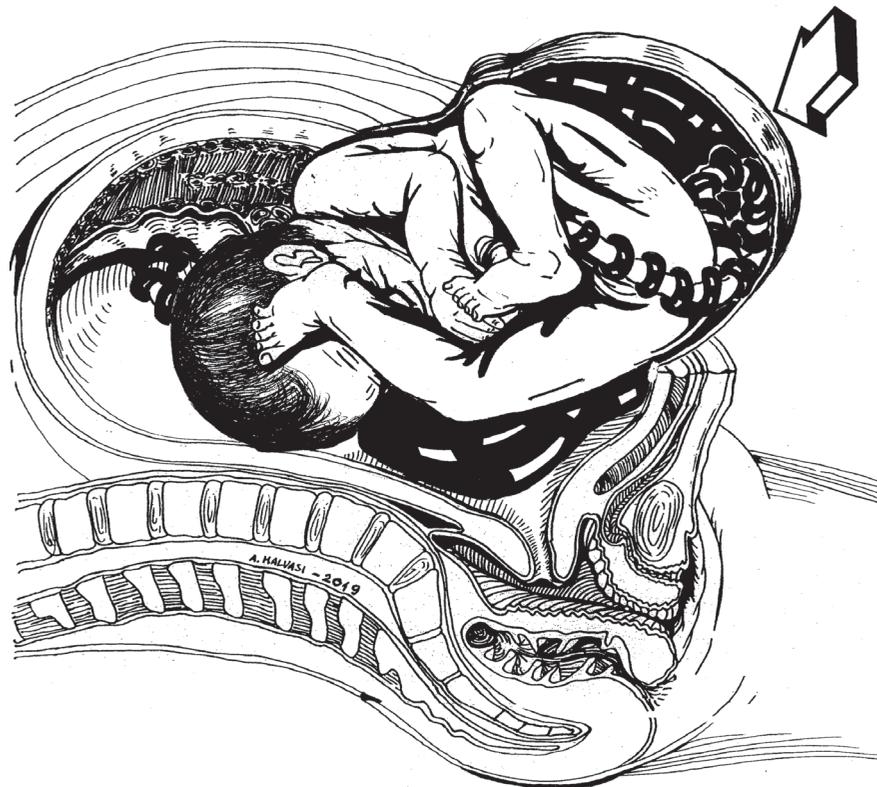
Влагалищное родоразрешение с рубцом на матке должно проводиться в медицинском учреждении, где есть возможность непрерывного мониторинга состояния роженицы и плода и наличие высококвалифицированной акушерской и анестезиологической помощи.

В случае, если женщина отказывается от таких мер предосторожности, это решение должно быть тщательно обговорено и отражено в медицинской документации. Пациентка должна осознавать потенциально катастрофический риск.

В современных условиях индукция родов является приемлемой процедурой, но важно отметить, что при этом за состоянием плода должно проводиться тщательное наблюдение.

К сожалению, даже самое методичное планирование и внимательный мониторинг не могут предотвратить все неблагоприятные события во время родов с рубцом на матке, что не должно быть препятствием в выборе данного метода родоразрешения. Врачи должны быть осведомлены о рисках и преимуществах влагалищного родоразрешения с рубцом на матке. Использование прогностических моделей и стандартизация методов консультирования пациенток являются необходимыми для обеспечения понимания со стороны женщины.

Для правильно информированной пациентки (например, женщина, желающая родить с рубцом после кесарева сечения, понимающая риски и преимущества и планирующая беременность в будущем и т.д.) хорошо оборудованное квалифицированное медицинское учреждение является правильным



**Рис. 18.6.** В информированном согласии необходимо представить риски и характеристики разрыва матки, в частности, несостоятельность рубца на матке во время родов: плод и пуповина находятся в плодном пузыре, покрытые висцеральной брюшиной (стрелка)

выбором стационара для родоразрешения в соответствии с основными 4 принципами медицинской этики: «не навреди», «делай благо», справедливость и уважение к автономии пациента. Эти принципы, основанные на наборе ценностей, на которые профессионалы могут ссылаться в случае возникновения какого-либо конфликта, могут позволить врачам, оказывающим медицинскую помощь, составлять план лечения и работать над достижением одной и той же общей для врача и пациента цели.

Качество зарегистрированных данных о родах после абдоминального родоразрешения играет важную роль для расчета современных показателей успеха влагалищных родов после кесарева сечения и частоты случаев аномального прикрепления плаценты (предлежание, вращение), которые имеют решающее значение для определения количества женщин, планирующих самопроизвольные роды, а также для обучения медиков аспектам данной проблемы.

## Контрольные вопросы

**1. Наиболее распространенной причиной судебных разбирательств по поводу ненадлежащей практики, связанных с родами с наличием рубца на матке после кесарева сечения, является следующая.**

- А. Неспособность обсудить роды после кесарева сечения с пациенткой.
- Б. Материнская смерть при разрыве матки.

В. Перинатальная смерть при разрыве матки.

Г. Неонатальная неврологическая травма вследствие разрыва матки.

Д. Хирургическая травма матери во время срочного кесарева сечения.

Ответ: Г.

Хотя ответы Б, В и Д являются серьезными неблагоприятными событиями, которые могут произойти во время самопроизвольных родов с рубцом, тяжелые неврологические нарушения у новорожденного (вариант Г) являются наиболее распространенной причиной ненадлежащей практики, согласно обзору 2011 г. Хотя отказ обсудить с пациенткой вопрос о проведении самопроизвольных родов с рубцом пренебрегает ее правом на принятие информированного решения о способе родоразрешения, он редко является причиной судебного разбирательства.

**2. Значительным фактором, способствующим снижению частоты родов с рубцом на матке, является следующее.**

- А. Отсутствие заинтересованности со стороны пациенток.
- Б. Озабоченность медиков по поводу юридической ответственности.
- В. Роды после кесарева сечения — это угрожающе небезопасная практика.
- Г. В большинстве случаев рубец на матке не приводит к влагалищным родам.

Д. Повторное кесарево сечение более удобно для врача.

Ответ: Б.

Варианты А, В и Г неверны, а вариант Д неэтичен. Беспокойство по поводу потенциальных судебных разбирательств или история предыдущих исков по поводу ненадлежащей практики являются сильными сдерживающими факторами для предложения родов с рубцом на матке после кесарева сечения.

**3. Безопасность при самопроизвольных родах с рубцом на матке по сравнению с плановым повторным кесаревым сечением.**

А. Роды с рубцом после кесарева сечения ассоциируются со значительным увеличением материнской смертности.

Б. Роды с рубцом после кесарева сечения ассоциируются со значительным увеличением перинатальной смертности.

В. Роды с рубцом после кесарева сечения ассоциируются со значительным увеличением поступлений в отделение интенсивной терапии продолжительностью >4 ч.

Г. После 37 нед беременности риск разрыва матки во время родов с рубцом снижается с каждой последующей неделей.

Д. Лучше всего ограничить консультирование пациенток рисками и преимуществами родов после кесарева сечения при текущей беременности, так как планы на будущую беременность могут измениться.

Ответ: Б.

Родоразрешение с рубцом на матке после кесарева сечения ассоциируется с повышенной перинатальной смертностью (вариант Б), а не с вариантами А, В и Г. Хотя вариант Д имеет смысл, решение следует принимать, учитывая будущую беременность и аддитивный эффект повторных операций кесарева сечения.

**4. Информированное согласие на проведение родоразрешения после кесарева сечения должно включать в себя все из нижеперечисленного, за исключением следующего.**

А. Подписанная форма согласия и ничего более.

Б. Специфические для пациентки факторы, влияющие на риск разрыва матки.

В. Постоянное обсуждение как в родовом, так и в интранатальном периоде.

Г. Специфические для конкретной пациентки факторы, влияющие на вероятность влагалищного родоразрешения после кесарева сечения.

Д. Заверение в том, что пациентка может отказаться от родов с рубцом в любой момент и выбрать кесарево сечение.

Ответ: А.

Хотя информированное согласие не является гарантированной защитой от судебных разбирательств, оно обладает этическими полномочиями, которые действительно представляют собой наилучшую защиту от юридической ответственности. В связи с чем вариант А неверен.

## Надлежащая практика

- Совместное принятие медицинских решений.
- Тщательный сбор анамнеза для выявления прогностических факторов риска.
- Квалифицированный персонал больницы, если предлагается естественное родоразрешение с наличием рубца на матке после кесарева сечения.
- Непрерывное кардиомониторное наблюдение за плодом.
- Рассмотрите применение катетера внутриматочного давления.
- Следить за признаками/симптомами разрыва матки.

## Ненадлежащая практика

- Заставлять пациентку делать то, что хотите вы.
- Неадекватное обезболивание.
- Использование простагландинов для индукции родов.

## Список литературы

