УДК 618.5.006.36-089-053 (0433)

© М. М. Токарчук, Г. Є. Левчук, О. В. Карголь, 2011.

ДОСВІД ВЕДЕННЯ ВАГІНАЛЬНИХ ПОЛОГІВ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ КЕСАРЕВОГО РОЗТИНУ В ЛУЦЬКОМУ КЛІНІЧНОМУ ПОЛОГОВОМУ БУДИНКУ

М. М. Токарчук, Г. Є. Левчук, О. В. Карголь
Луцький клінічний пологовий будинок, м. Луцьк.

THE EXPERIENCE OF REALIZATION OF VAGINAL BIRTH AFTER PERFOMING THE CESAREAN SECTION АБО BIRTH IN LUTSK CLINICAL MATERNITY HOSPITAL

M. M. Tokarchuk, G. E. Levchuk, O. V. Kargol

SUMMARY

The main strategy of the office of maternal and child health is to apply the new and effective perinatal technologies, one of which is the optimization of the ways of surgical delivery. One of the possible ways of reduction of both the overall rate of Caesarean section and the frequency of second operation on the uterus is to conduct the vaginal births with a uterine scar. The most favorable way is its spontaneous start. The absolute condition for vaginal birth afte cesarea (VBCS) is the safety of mother and fetus. It is possible to be guaranteed on the one hand by monitoring the progress of birth and mother's and fetus's condition, and on the other hand by the selection of pregnant women with uterine scar, the assessment of obstetric situation and careful analysis of those situations which could influence the result of VBCS.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В ЛУЦКОМ КЛИНИЧЕСКОМ РОДДОМЕ

М. М. Токарчук, Г. Е. Левчук, О. В. Карголь

РЕЗЮМЕ

Главной стратегией службы охраны материнства и детства является внедрение новых и эффективных перинатальных технологий, одними из которых являются оптимизация методов оперативного родоразрешения. Одним из возможных путей снижения как общего уровня кесарева сечения, так и частоты повторной операции на матке является проведение вагинальных родов с рубцом на матке. Наиболее благоприятным будет спонтанное их начало. При этом безусловным условием для проведения вагинальных родов после операции кесарева сечения (ВРКС) есть обеспечение безопасности для матери и плода, которая достигается, с одной стороны, организацией беспрерывного мониторинга за прогрессом родов и состоянием матери и плода, готовностью к оказанию экстренной помощи, а с другой – тщательным отбором беременных с рубцом на матке, оценкой акушерской ситуации и внимательным анализом тех ситуаций, которые могут повлиять на результат ВРКС.

Ключові слова: вагінальні пологи, рубець на матці, кесарів розтин, плід, ускладнення, аналіз.

"Робити кесарів розтин швидко вивчається кожен нездара, тоді як успішне розв'язання складної акушерської проблеми без ножа потребує багаторічного тренування і голови, і рук. Неухильний курс на КР різко збільшив число лапаротомістів і таких людей, які вважають себе за хірургів, хоч, насправді, їм далеко до цього, тоді як число справжніх акушерів зменшилось. Це привело до того, що багато жінок попадало під хірургічний ніж без будь-якої потреби".

В. Штеккель (Берлін 1936 р.)

Основною стратегією служби охорони материнства на сьогодні є впровадження ефективних перинатальних технологій, одними з яких являється профілактика ускладнень і оптимізація методів оперативного розродження шляхом кесарського розтину (КР) [2, 5, 7, 10, 12].

Експерти ВОЗ рахують, що відсоток кесарського розтину по відношенню до нормальних пологів не повинен перевищувати 15%. Але на сьогоднішній день в багатьох країнах акушер-гінекологи ще дотримуються принципу Едвіна Крейгіна «Один раз кесарів розтин – завжди кесарів розтин». Тому сьогодні проблема росту частоти операцій КР викликає серйозне занепокоєння як в професійних колах, так і в суспільстві в цілому, тому що тенденція багатьох країн до збільшення частоти КР може збільшувати рівень материнської захворюваності і смертності [4, 9].

Одним із можливих шляхів зниження як загального рівня кесарського розтину так і частоти повторної операції є проведення вагінальних пологів з рубцем на матці (vaginal birth afte cesarea – VBAC) [6].

Якщо в першій половині 20 сторіччя превалював корпоральний кесарський розтин, то 50-ті роки відзначились освоєнням техніки проведення кесарського розтину в нижньому матковому сегменті, що дозволило в значній мірі знизити рівень ускладнень при повторній вагітності і прийти до висновку, що у повторної операції є здорова альтернатива – VBAC. Про це було офіційно заявлено в 1980 році на конференції, присвяченій кесарському розтину, в США. З'явилось ряд робіт, в яких автори намагались оцінити безпечність даного підходу. По даних когортних досліджень, відсоток успішних вагінальних пологів після кесарського розтину складає від 50 до 85% [11].

Ключовим питанням для практичного лікаря є забезпечення безпеки для роділлі і плоду при наявності рубця на матці, яка визначається наступними факторами:

- ретельний відбір тих вагітних з рубцем на матці, яким може бути запропонована спроба вагінальних пологів;

- оцінка умов і протипоказань для вагінальних пологів з рубцем на матці згідно нормативних документів МОЗ, де чітко окреслені показання до повторного кесарського розтину;

- визначення спроможності післяопераційного рубця на матці;

- оцінка ризику ускладнень для кожної конкретної пацієнтки при можливих VBAC та повторному кесарському розтині;

- VBAC можуть проводитись у стаціонарах, у яких наявні: підготовлений і висококваліфікований персонал; безперервний моніторинг за станом роділлі та плоду, можливість проведення екстреного кесарського розтину цілодобово,

- безпека новонародженого: виникнення респіраторного дистрес-синдрому у новонародженого збільшується в 2 рази при плановому кесарському розтині, період адаптації кращий при вагінальних пологах, аніж при оперативному розродженні;

- достатня поінформованість вагітної про можливість вагінальних пологів з рубцем на матці та її особисте переконання і згода [1, 3, 8].

Знайомство з міжнародним проектом «Здоров'я матері і дитини» та результатами науково-доказових досліджень дало змогу лікарям Луцького клінічного пологового будинку зламати стереотип «Один раз кесарів розтин – завжди кесарів розтин» та надати шанс жінкам з рубцем на матці уникнути повторної операції і відчути радість материнства при народженні природнім шляхом.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Починаючи з 2002 року, ми поступово впроваджуємо VBAC і маємо досвід проведення 505 пологів з рубцем на матці через природні родові шляхи (табл. 1).

Таблиця 1

Аналіз динаміки пологів з рубцем на матці

Роки	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Кількість пологів	2754	2783	3308	3550	4007	4107	4442	4522	4275
Кесарські розтини	738	573	414	411	521	776	841	928	989
%	26,80	20,60	12,50	11,58	13,00	18,90	18,90	20,50	23,10
Пологи з рубцем на матці	162	148	155	222	251	255	343	357	371
%	5,88	5,31	4,69	6,25	6,26	6,20	7,70	7,90	8,70
із них шляхом КР	159	126	107	146	154	206	270	298	293
%	98,20	85,00	69,00	65,70	61,30	80,80	78,70	83,70	79,00
через природні родові шляхи	3	22	48	76	97	49	73	59	78
%	1,80	15,00	31,00	34,30	38,64	19,20	21,30	16,50	21,00

З таблиці 1 ми бачимо, що найбільший відсоток VBAC був у 2004-2006 роках з поступовим зниженням з 2007 року. Ця ситуація пояснюється тим, що в структурі кесарського розтину збільшилась кількість жінок з двічі оперованою маткою, довготривалим неплідям з використанням допоміжних репродуктивних технологій, багатоплідям в поєднанні з неправильним положенням плодів та трійнями (за 2009 рік в ЛКПБ було 4 трійні), сідничним передлежанням плоду, макросомією плодів. Звертає на себе увагу збільшення жінок з тяжкою прееклампсією, передчасним відшаруванням плаценти та серйозною екстрагенітальною патологією, які вимагають часто негайного оперативного розродження і, таким чином, зменшується відсоток вагінальних пологів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проаналізуємо особливості VBAC, які відбулись у нашому пологовому будинку. В 100% випадків ці пологи були спонтанні. При цьому у 82% проведена допологова госпіталізація вагітних у відділення патології та екстрагенітальної патології вагітних з метою допологової підготовки, 18% роділь поступили з дому у пологове відділення з регулярною родовою діяльністю. У зв'язку зі спонтанним початком пологової діяльності у даного контингенту роділь (18%) мож-

ливість VBAC вирішувалася черговою бригадою лікарів з врахуванням факторів як ризику, так і тих, що підвищують ймовірність успішних VBAC з отриманням поінформованої згоди роділлі. У 14% пацієнток пологи відбулися без ультразвукової оцінки якості рубця на матці (жінки, які поступили з дому вночі в активній фазі пологів). Знеболення пологів проводилось згідно існуючого протоколу «Нормальні пологи». Допомога жінці при VBAC надавалась лікарями першої та вищої кваліфікаційної категорії. Наш пологовий будинок надає цілодобову ургентну допомогу з можливістю проведення постійного моніторингу за станом матері і плоду та проведення оперативних втручань в повному обсязі кваліфікованим персоналом.

По терміну пологів 95,00% були термінові, 3,00% – передчасні, 2,00% – запізнілі. У 90,50% випадків проміжок між становив 2-9 років, у 6,50% – 1 рік, 3% – 10 і більше років. 87,00% пологів тривали до 12 годин, 14,50% –12-18 годин, 1,50% – більше 18 годин. II період пологів у всіх роділь був у межах 30-50 хвилин, акушерські щипці накладені в 1 випадку з приводу дистресу плода в потугах. III період пологів проводився активно і тривав до 30 хвилин, в 1,00% випадків проводилось ручне обстеження стінок порожнини матки у зв'язку з затримкою частин посліду. Всі пологи відбулися в головному передлежанні, з них в задньому виді – 4,00%. Новонароджені діти народились з оцінкою по Апгар на 1 хвилині 7-10 балів – 97,00%, 6 балів – 3,00% і були на спільному перебуванні з мамою. 85,00% дітей народжено з масою від 3000 г до 4000 г, 3,00% – 1500-2999 г, 12,00% – більше 4000 г. У 99,00% випадків крововтрата сягала до 500 мл, в 1,00% ми мали гіпотонічну кровотечу, яка зупинена консервативно і сягала 1000 мл.

В пологах мали місце такі ускладнення:

- слабкість пологової діяльності з родопідсиленням – 1,03% (родопідсилення проводилось згідно діючого протоколу, рішення приймалось консиліумом чергових лікарів);

- дистрес плоду в потугах – 1,03%;

- розриви піхви – 4,10%;

- розрив промежини II ст. – 11,30%;

- гіпотонічна кровотеча з ручною ревізією матки – 1,03%;

- епізіотомія, -рафія – 2,06%;

- вихідні акушерські щипці – 0,23%.

В усіх цих випадках була надана кваліфікована допомога і пологи закінчились благоприємно для матері і плоду. У 81,00% роділь з рубцем на матці мали місце нормальні самостійні пологи.

Ускладнень в післяпологовому періоді та таких, які б загрожували життю жінки, не було.

ВИСНОВКИ

1. При підготовці до таких пологів необхідно оцінювати:

- характер показань до першого кесарського розтину;

- фактори ризику неспроможності рубця на матці (гнійно-септичні ускладнення в післяопераційному періоді, внутрішньоматкові втручання протягом 1 року після операції, вид шовного матеріалу), найбільш інформативним методом діагностики стану рубця є ехоскопія і доплерометрія;

- перебіг даної вагітності та стан внутрішньоутробного плоду.

2. Існує проблема недостатньої інформованості жінок про можливість VBAC. І це питання необхідно вирішувати ще на етапі жіночої консультації: при постановці на облік по вагітності, в «Школі відповідального батьківства». Тут повинен працювати кваліфікований персонал, в тому числі і психологи, які могли б підготувати жінку і правильно її налаштувати. Адже в таких непростих пологах особисте бажання та переконання роділлі дуже важливе!

3. Дискутабельним залишається проведення ручного обстеження при VBAC. Згідно досліджень доказової медицини, таке рутинне втручання недоцільне. Дана операція повинна виконуватися тільки при наявності клінічних показів, інакше можна спровокувати ятрогенне пошкодження стінки матки в ділянці рубця.

4. При веденні пологів з рубцем на матці необхідно також згадати про можливість застосування родопідсилення при VBAC. Використання простагландинів з метою стимуляції родової діяльності у таких жінок супроводжується статистично достовірним збільшенням ризику розриву матки, тому даний вид стимуляції не повинен використовуватись у жінок з рубцем на матці. Використання Окситоцину для стимуляції родової діяльності при VBAC не протипоказане (рівень достовірності IIa).

5. Таким чином, при задовільному стані матері і плоду, відсутності протипоказань і спроможному рубці на матці пологи через природні родові шляхи є оптимальним методом розродження у жінок з оперованою маткою і є резервом зниження частоти повторного кесарського розтину. Найбільш благоприємним являється спонтанний їх початок. При цьому безумовною умовою для проведення VBAC є створення безпеки для матері і плоду, яка досягається, з однієї сторони, організацією безперервного моніторингу за прогресом пологів та станом матері і плоду, готовністю до надання екстреної допомоги, а з іншої – ретельним відбором вагітних з рубцем на матці, оцінкою акушерської ситуації та уважним аналізом тих ситуацій, які можуть вплинути на результат VBAC.

ЛІТЕРАТУРА

1. Голота В. Я. Женская консультация / В. Я. Голота, В. Е. Радзинский. – К.: Здоровя, 1983. – 206 с.

2. Григоренко А. П. Особливості репарації післяопераційного рубця на матці після кесаревого розтину / А. П. Григоренко // Вісник морфології. – 2000. – № 2. – С. 272–274.

3. Григоренко П. П. Проблеми і перспективи кесарева розтину в сучасному акушерстві / П. П. Гри-

горенко, І. А. Приймак, А. П. Григоренко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – № 1. – С. 68–69.

4. Григоренко А. П. Ступінь крововтрати та способи її відновлення в залежності від різних методів кесаревого розтину / А. П. Григоренко // Вісник Вінницького державного медичного університету ім. М. І. Пирогова. – 2001. – № 32. – С. 400–401.

5. ГригоренкоА. П. Сучасна технологія кесаревого розтину: метод. рекомендації / Григоренко А. П., Шатківська Н. С., Жилко О. Л. – Хмельницький: ЦНТЕІ., 2000. – 7 с.

6. Кесарево сечение в анамнезе. Выбор метода родоразрешения / О. Г. Иванов, Р. И. Шалина, М. А. Курцер [и др.] // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – № 2. – С. 229–232.

7. Краснопольский В. И. Кесарево сечение / Краснопольский В. И. – М.: Медицина, 1997. – 286 с.

8. Меррей Енкин Руководство по эффективной помощи при беременности и родах / Мэррей Энкин, Марк Дж. Н.С. Кейрс, Мэри Рэнфрью, Джеймс Нейлсон. – СПб.: Нормед-Издат, 1999. – 296 с.

9. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии / [Г. К. Степанковская, Б. М. Венцковский, Л. В. Тимошенко и др.]. – К.: Здоров'я, 1997. – С. 48–58.

10. Пат. 36075 А Україна, МКВ 6 А61В17/00. Спосіб операції кесаревого розтину / Григоренко П. П., Григоренко А. П. – № 99905935, заявл. 29.10.1999; опубл.16.04.2001. – Бюл. № 3 (друга частина). – С.1.30.

11. Посібник з гінекології та акушерства Університету Джона Хопкінса. – [2-е вид.]. – Нью Йорк: Ліппінкотт Вільямс енд Уілкіс Паблішера, 2002. - 719 с.

12. Стрижаков А. Н. Кесарево сечение в современном акушерстве / А. Н. Стрижаков, В. А. Лебедев – М.: Медицина, 1998. – 303 с.