



© В. С. Орлова,
И. В. Калашникова,
Е. В. Булгакова, Ю. В. Воронова

АБДОМИНАЛЬНОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА

НИУ Белгородский государственный
университет, г. Белгород

УДК: 618.5-089.888.61

■ Частота кесарева сечения как инструмента снижения перинатальной смертности во многих странах с высоким и средним уровнем дохода превзошла разумные пределы. Представлены систематизированные данные иностранных авторов, касающиеся наиболее дискутируемых аспектов проблемы: причины глобального увеличения уровня оперативных родов, последствия для здоровья матери и новорожденного, а также пути и целесообразность снижения их уровня. Изложена широко используемая в зарубежной практике классификация Робсона, позволяющая унифицировать показания к кесареву сечению.

■ **Ключевые слова:** родоразрешение путем кесарева сечения; частота, причины, осложнения кесарева сечения; классификация Робсона; повторное кесарево сечение.

Медико-социальное значение любого патологического состояния или оперативного вмешательства определяется, прежде всего, его распространенностью в популяционных группах и влиянием на важнейшие показатели, определяющие параметры смертности, здоровья или качество жизни. На протяжении веков роды для женщины были процессом естественным и обыденным, хотя они не всегда заканчивались благополучно для матери и/или плода. В условиях естественной фертильности перинатальная потеря в семье уже на следующий год компенсировалась рождением следующего ребенка. Таким процесс воспроизводства населения был практически повсеместно в мире, в том числе и в России, особенно в сельской местности, в течение всей первой половины XX века.

Операция кесарево сечение (КС) вошла в акушерскую практику около 1916 года, но вплоть до 1970-х годов применялась как крайняя мера лишь при клинически узком тазе из-за частых и тяжелых осложнений у матери [28]. Так, в 1937 году в городской больнице Бостона на долю КС приходилось около 3 % родов, а материнская послеоперационная летальность достигала 6 % [20]. После 1970-х годов частота оперативного родоразрешения начала возрастать быстрыми темпами. Этому способствовало много факторов, среди которых важную роль сыграли совершенствование медицинских технологий и хирургических методов. Развитие самостоятельной службы анестезиологии и производство антибиотиков сделали КС более безопасным.

Поэтому в течение последних 30 лет доля КС в рождении человека, согласно данным ВОЗ, повысилась во всем мире, достигнув максимального уровня в текущем десятилетии, и приблизилась к 25–30 % в экономически развитых странах. В Европе в 2002 году показатель абдоминальных родов колебался от 6,2 до 36 %, составляя в среднем 19 %, в последующие годы показатели неуклонно росли в большинстве стран Европейского региона [41]. В США уровень КС вырос от 20,7 % в 1996 году до 31,1 % в 2006 году и является в настоящее время наиболее распространенной операцией у женщин [23, 29, 31, 34]. По данным общества акушеров-гинекологов Канады в 1940–1950-х годах КС составляло 5 %, в конце 1970-х годов — 15 %, в 2009 году — 26,8 % с колебаниями на отдельных территориях от 20,2 до 31,5 %, по отдельным клиникам — от 21,4 до 37,8 % [1]. В Австралии уровень КС в 1998 году составлял 21 %, в 2007 году — почти 31 % [27, 49]. Рекордные показатели частоты КС регистрируются в странах Латинской Америки, составив в 2003 году в частных больницах более 50 %. В Мексике уже в 1992 году доля

КС достигала 40% в государственных больницах и более 70% в частных клиниках [4]. При этом многие исследователи утверждают, что высокий уровень КС не является абсолютным показателем доступности и высокого качества медицинского обслуживания [8, 26, 32, 42, 43].

В экономически развитых странах рост КС сопровождался снижением материнской, но самое главное, перинатальной смертности. Поэтому в 1985 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), основываясь на отчетах стран, в которых на тот момент был самый низкий показатель перинатальной смертности, рекомендовала в качестве оптимального показателя на национальном уровне государств 10–15% [22]. В развивающихся странах Центральной Африки, Юго-Восточной Азии, где материнская смертность достигает 1000 на каждые 100 000 родившихся живыми, оперативное родоразрешение недоступно даже при наличии жизненных показаний со стороны матери, составляя среди беднейшего населения 1% или, что реже, — 5% [9, 12, 46].

В 2008 ВОЗ провела анализ КС по 137 странам из 192 государств-членов Организации Объединенных Наций. Установлено, что ежегодно в мире выполняются приблизительно 18,5 миллиона операций КС. В 54 (40%) странах мира уровень КС составляет менее 10% (в среднем 5,8%), в 69 (50%) странах — более 15% (в среднем 27,9%) и в 14 (10%) — 10–15%, соответствуя рекомендациям ВОЗ. Подсчитано, что в 54 странах с низким уровнем КС, среди которых 68,5% представлены государствами Африки и 29,6% Азии, для снижения перинатальной смертности ежегодно необходимо дополнительно выполнять 3,2 млн КС, в то время как в Китае и Бразилии почти 50% операций проводятся необоснованно. В общей сложности в мире выполняются без медицинских показаний 6,2 млн КС ежегодно, стоимость которых оценивается примерно в 2,32 миллиарда долларов США [51]. По сводным данным этих же авторов, в РФ в 2008 году при уровне КС 18% более 46 тыс. операций расценены как излишние.

Несмотря на высокий уровень операций в Шри-Ланка, составивший в 2010 году 33,5%, Goonewardene M. et al. (2012) [52] не обнаружили существенных изменений в показателях перинатальной летальности, но при этом увеличилось число матерей, требующих интенсивного наблюдения и терапии. J. Villar et al. (2006) изучили исходы КС для матери и плода в 8 странах Латинской Америки, охватив 24 географических региона, 120 учреждений разного типа и около 100 тысяч родов, из которых каждые

третьи, а в частных клиниках — каждые вторые, закончились операцией. В результате сделаны неутешительные выводы: перинатальные исходы не улучшились по примеру развитых стран, напротив, мертворождаемость повысилась, особенно в случаях оперативного родоразрешения при отсутствии медицинских показаний. Выявлена положительная зависимость между частотой КС и послеоперационными осложнениями у матери, требующими назначения антибиотиков, мертворождаемостью и неонатальной смертностью, временем пребывания новорожденных в отделении интенсивной терапии дольше 7 дней, а также досрочным родоразрешением, которое начинает увеличиваться в диапазоне 10–20% удельного веса КС [8]. В более поздней публикации авторы показали, что риск лечения антибиотиками после оперативных родов в пять раз выше по сравнению с вагинальными родами [32].

Таким образом, в бедных странах, где основной части населения недоступна специализированная акушерская помощь, на фоне высокой материнской и перинатальной смертности уровень оперативных родов недопустимо низкий. Страны, где показатели КС выше определенного предела, не добиваются пропорционального улучшения показателей, более того, высокий уровень КС может негативно отразиться на состоянии здоровья матери и новорожденного [10, 41].

Глобальное увеличение частоты КС, особенно в странах с высоким уровнем доходов, является предметом дискуссий и дебатов среди медицинской общественности. К обсуждаемым аспектам проблемы относятся: причины роста частоты КС, последствия для здоровья матери и новорожденного, а также пути и целесообразность снижения уровня оперативного родоразрешения, поскольку есть не только противники сложившейся ситуации, но и явные сторонники оперативных родов. Причины увеличения частоты КС многогранны. Среди них можно выделить три группы: изменение демографической характеристики популяции современных беременных и рожениц; медицинские причины, связанные с ухудшением здоровья и ростом акушерских осложнений; немедицинские причины в виде предпочтений оперативных родов со стороны женщины или врача.

Многие исследователи обращают внимание на постарение в течение последних 20 лет возрастного состава первородящих, изменение характера питания и образа жизни населения, повлекшее увеличение числа женщин с избыточной массой тела и с крупным плодом [6, 15,

47]. В Канаде средний возраст рожениц повысился с 27 лет в 1986 году до 29,3 в 2006 году. Каждая пятая женщина (21%), родившая в 2006–2007 гг., была старше 35 лет, т.е. роженицы пребывали в возрастном периоде, когда вероятность родоразрешения путем КС повышается примерно на 5% с каждым последующим годом [1]. Удельный вес оперированных среди старых первородящих 30–34 лет вырос с 26,0 до 34,0%, среди женщин 35 лет и старше — с 8,5 до 20,1% [3].

В Шотландии, по данным Smith G. C. S. et al. (2008), за период 1980–2005 гг. доля первородящих 30–34 лет увеличилась приблизительно в 3 раза, 35–39 лет — в 7 раз, 40 лет и старше — в 10 раз. Уровень КС за этот же период вырос более чем в 2 раза. Около 38% из этих дополнительных КС можно было бы избежать, если бы возраст матерей оставался на уровне 1980 года. Авторы выявили прямую связь между возрастом первородящих и частотой экстренных КС, что объяснили биологическим эффектом — ухудшением сократительной способности матки. Выдвинутая гипотеза нашла подтверждение *in vitro* при изучении сократимости миометрия, полученного во время запланированного первичного КС. Очевидно, с возрастом изменяется электрическая активность миометрия в связи с изменением процесса деполяризации мембран или с нарушением проведения импульсов между мышечными клетками вследствие увеличения между ними соединительной ткани. Приблизительно 30% увеличения уровня КС среди повторно рожавших женщин авторы также связывают с увеличением материнского возраста [50]. По мнению Ecker J. L. et Frigoletto F. D. (2007), облик беременных XXI века действительно претерпел существенные изменения. По сравнению с 1970-ми годами средний возраст первородящих увеличился на 3,8 года, удвоилось число ожиревших, число родов у матерей 35–39 и 40–44 лет увеличилось на 43 и 62% соответственно. Кроме того, выросло число рожденных преждевременно и маловесных детей, что в большей степени связано с двукратным увеличением многоплодных беременностей, зачатых в условиях вспомогательных репродуктивных технологий как необходимой меры у лиц старшего возраста. Все эти изменения связаны с повышенным риском оперативных родов [20].

Среди медицинских показаний во многих странах с высоким уровнем оперативных родов наиболее распространенным в настоящее время является рубец на матке. В Канаде 2008–2009 гг. уровень первичных операций составил

18,5%, повторных — 82,4% [49]. По данным Национального центра статистики здоровья США прослеживаются 2 причины быстрого роста уровня КС: увеличение первичных операций (с 14,6% в 1996 году до 20,6% в 2004 году) и крутое снижение вагинальных родов после предшествующей операции (с 28,3 до 9,2% соответственно). Уменьшение доли вагинальных родов после предшествующего КС подразумевает соответствующее увеличение уровня повторных операций, который достиг в 2004 почти 91%, поэтому изречение «однажды кесарево сечение, всегда кесарево сечение» верно более чем для 90% женщин США с рубцом на матке [29]. В начале 1990-х годов ведущей причиной первичного КС были неправильные положения плода и маточные факторы, к 2005 году на первый план вышли психосоциологические состояния в виде материнского страха перед предстоящими родами или просто желание матери без каких-либо медицинских показаний.

В 2001 году британский акушер Robson M. S. разработал классификацию КС, которая позволяет сопоставлять причины в динамике по годам, а также на региональном, национальном и международном уровне. Эта классификация используется во многих центрах по всему миру [7, 14, 21, 53], хотя в России с ней незнакомы. Согласно этой классификации все операции КС подразделяются на 10 групп. В I группу отнесены первородящие с одноплодной беременностью, затылочным предлежанием плода, которые прооперированы в экстренном порядке на сроке беременности 37 недель и более в процессе самопроизвольно развившейся родовой деятельности. Матери II группы отличаются от первой только тем, что женщина взята на операцию либо в процессе индуцированной родовой деятельности, либо операция начата до начала родовой деятельности. III и IV группа аналогичны первым двум, но касаются повторнородящих матерей с наличием в анамнезе родов. В V группу входят повторнородящие матери, в анамнезе которых имеется кесарево сечение. VI группу составляют первородящие, VII — повторнородящие с одноплодной беременностью и тазовым предлежанием плода на сроке беременности 37 недель и более. В VIII группу отнесены все женщины с многоплодной доношенной беременностью независимо от порядкового номера родов и акушерского анамнеза, в IX — все неправильные положения плода (тазовые предлежания исключены) и неправильные вставления головки. X группа объединяет всех женщин с одноплодной беременностью в головном предлежании плода независимо от паритета и анам-

неза, которые прооперированы до 36 недель беременности.

В соответствии с данной классификацией наибольшее увеличение оперативных вмешательств в настоящее время происходит в группах, в которых раньше КС проводились редко: у первородящих матерей одним плодом в головном предлежании при доношенном сроке [17]. V. M. Allen et al. (2010), изучив в одной из провинций Канады тенденции КС за 24 года, установили, что 64,5 % операций КС связаны с тремя группами по классификации Robson. Операции чаще подвергаются первородящие после индукции родовой деятельности при доношенной беременности, повторнородящие, имеющие в анамнезе КС, а также беременные, у которых плод имеет тазовое предлежание [3].

Многие авторы обращают внимание на рост частоты индуцированных родов при доношенной беременности [6, 11, 19]. По разным стационарам Канады они составляют от 21 до 36 %. Основным показанием для индукции родовой деятельности у нерожавших одним плодом в головном предлежании является перенашивание беременности (50 %), преждевременное излитие вод (13 %), сахарный диабет (8 %) и другие материнские причины. Особое внимание авторы обращают на тот факт, что у 22–32,5 % женщин, у которых показанием для индукции было перенашивание, срок беременности на самом деле был меньше 41 полной недели, с которой начинается отсчет перенашивания. На практике нередко бывает невозможно определить точный срок беременности, следовательно, число женщин, которым индукция проводится до фактического срока перенашивания, недооценивается. Что касается нерожавших матерей, индуцированных без медицинских показаний (элективная индукция), доля родоразрешенных до срока перенашивания достигает 83 %, при этом большой процент плодов рождается в асфиксии, с оценкой по шкале Апгар на 5-й минуте ниже 7 баллов. У первородящих при индуцированных родах независимо от наличия или отсутствия медицинских показаний для индукции уровень КС почти в 2 раза выше, чем при спонтанном развитии родовой деятельности. Основанием для КС чаще всего является неэффективность родовозбуждения или ухудшение состояния плода [1]. Операции по поводу страдания плода нередко провоцируются неправильной интерпретацией данных кардиотокографии, когда физиологичное стрессовое состояние плода в родах расценивается как страдание. Именно поэтому в последние годы появляются настоя-

тельные рекомендации отказаться от непрерывного мониторинга плода в родах [32].

Экспертиза тенденций в США показала, что уровень КС особенно быстрыми темпами повышается при недоношенном сроке, причем самая высокая частота оперативных родов отмечается в группе глубоко недоношенных младенцев [30]. По данным MacDorman M. F. et al. (2008), в 2005 году удельный вес КС среди родившихся одним плодом до 32 недель беременности составил 46,8 %. Стремительный рост частоты абдоминальных родов при недоношенной беременности наводит на мысль, что КС ведет к увеличению числа недоношенных детей, хотя на самом деле операция, проведенная по медицинским показаниям, позволяет снизить перинатальную смертность и, в частности, мертворождаемость среди данной категории плодов, обреченных на гибель [5, 38]. В связи с этим Hankins G. D. et al. (2006) высказали предположение, что родоразрешение всех женщин в США путем планового КС позволило бы предупредить 2 случая мертворождения на каждую 1000 родов. Около 3 % новорожденных, родившихся в тазовом предлежании через естественные родовые пути, страдают родовыми травмами. Поэтому в последние десятилетия врачам рекомендовано шире применять оперативные роды, что и обуславливает рост показателей групп VI и VII по классификации Robson.

Начиная с 2004 года, ВОЗ проводит масштабное изучение перинатальных исходов для матери и новорожденного в зависимости от метода родоразрешения на разных континентах. В рандомизированные исследования включаются преимущественно крупные родовспомогательные учреждения с ежегодным числом родов свыше 6000. Анализ более 100 000 родов, из которых 27,3 % закончились операцией КС, 3,2 % — оперативными влагалищными родами, показал, что риск материнской смертности, а также частота заболеваний с переводом в отделение интенсивной терапии, гемотрансфузий, гистерэктомий и перевязки внутренней подвздошной артерии, самый высокий при оперативных влагалищных родах [35, 48]. Поэтому практически во всех странах снижается частота вагинальных оперативных родов. Так, в США использование акушерских щипцов и вакуум-экстракции сократилось с 9,5 % в 1994 году до 5,6 % в 2003 году в пользу КС [20].

Однако ни изменившаяся характеристика современных рожениц, ни медицинские показания не могут в полной мере объяснить чрезмерный темп увеличения КС, частота которого растет прежде всего среди женщин низкого

риска [29]. Доля операций, выполненных по абсолютным показаниям, невелика и в течение последних 50 лет не претерпела сколько-нибудь значительных изменений. Большинство оперативных вмешательств выполняются по совокупности либо без медицинских показаний [18, 27]. Одной из первых стран, где начали делать КС по запросу женщины без медицинских показаний («elective cesarean»), является Бразилия. В частном секторе, который составляет приблизительно четверть всех рождений в этой стране, уровень КС приближается к 80%, в то время как в общественном секторе — 28%, т.е. почти в 3 раза меньше [39]. По мнению отдельных авторов, именно оперативные вмешательства по выбору матери без медицинских показаний явились причиной неимоверно высоких темпов прироста оперативного родоразрешения за короткий период времени. Однако определить долю операций, проведенных без медицинских показаний, фактически не представляется возможным, поскольку КС по выбору матери официально не признано показанием и операции проводятся под маской какого-либо диагноза. Причины этого феномена сложны и включают медицинские, социальные, юридические, культурные, психологические и финансовые аспекты. Мотивацией к оперативным родам со стороны женщины чаще всего является страх перед болью в родах, перед будущей половой дисфункцией, стрессовым недержанием мочи, пролапсом органов малого таза, патологическим состоянием плода в родах, страх перед экстренным вмешательством в виде наложения щипцов, а также удобство [8, 12]. Личная заинтересованность врача в проведении КС, а не родов через естественные родовые пути, связана с судебно-медицинским преследованием в случае неблагоприятного исхода родов. В США каждому врачу-акушеру в течение карьеры предъявляется в среднем три иска по поводу невыполнения или несвоевременного выполнения операции КС [12]. Операция позволяет избежать многочасовых психологических переживаний за исход родов, поскольку ее продолжительность, как правило, составляет менее часа. Наконец, финансовая составляющая для врача более привлекательна при оперативном родоразрешении [8, 12].

При обозначенных преимуществах КС большинство авторов отмечают повышенный риск серьезных осложнений для матери, включая сепсис, тромбоэмболические состояния, осложнения наркоза, требующие повторной госпитализации в стационар [44]. Особенно чреваты осложнениями экстренные опера-

ции, при которых риск геморрагического шока и гнойно-воспалительных послеоперационных заболеваний повышается в 3 раза, сепсиса — в 12 по сравнению с операцией, выполненной в плановом порядке. Каждая третья женщина в Швеции, у которой было кесарево сечение, сообщила о болях в области послеоперационного рубца в течение 4–8 недель после операции. В Австралии 63% женщин после экстренного КС и 59% после планового страдали такими же болями в течение 6–7 месяцев, 14% женщин жаловались на недержание мочи спустя 6 лет. Kealy M. A. и соавт. (2010) взяли интервью, записанное на пленку, у 32 женщин, перенесших КС, в том числе у 12 по жизненным показаниям, у 11 — по совокупности показаний и у 9 — по запросу матери, в разные сроки от 5 месяцев до 7 лет назад. Из них 30 указали на трудности восстановительного после операции периода, в том числе на боли, снижение активности, инфекцию, включая раневую, влагалищное кровотечение и недержание мочи [27].

Изучение исходов КС в Норвегии за 40 лет показало, что данная операция связана с повышенным риском осложнений при последующей беременности и риском отдаленных неблагоприятных последствий для репродуктивной системы женщины, которые увеличиваются пропорционально кратности КС [16]. Приращение плаценты — наиболее распространенное показание к гистерэктомии при КС — встречается у 0,24% женщин, оперированных первый раз, и 2,13, 2,33 и 6,74%, оперированных соответственно четвертый, пятый, шестой раз и более. Вероятность приращения плаценты особенно велика в случаях ее предлежания, что объясняется слабой децидуальной перестройкой области нижнего сегмента [2, 33]. Clark E. A. S. et Silver R. M. (2011) [13] на основании анализа более 30 тысяч операций, среди которых 79,4% составили повторные, показали, что среди осложнений наиболее частыми, помимо предлежания и/или приращения плаценты, являются разрыв матки, повреждение мочевого пузыря, мочеочника или кишечника, гистерэктомии, переливание крови, тяжелая анемия, осложнения после наркоза, расхождение краев раны, гематомы, тромбоэмболия, послеоперационная лихорадка, длительное пребывание в стационаре, тяжелые спаечные процессы, смерть. Повторные КС могут явиться также причиной снижения репродукции в виде вторичного бесплодия, внематочной беременности, невынашивания, очень ранних преждевременных родов. Аналогичные выводы сделаны Nisenblat V. et al. (2006) [37], по данным которых частота серьезных ослож-

нений увеличивается с кратностью КС от 4,3% для второго до 7,5% — для третьего и 12,5% — для четвертого и более оперативного вмешательства. Поэтому утверждение, что запланированное повторное КС безопаснее пробных родов у женщин с рубцом на матке, не может быть применено к женщинам, которые желают иметь несколько детей.

Родовая травма плода имеет место как при КС, так и при вагинальных родах, особенно в случаях применения акушерских щипцов или вакуум-экстракции. Внутрочерепное кровоизлияние, являясь редким осложнением при любом методе родоразрешения, в 9 раз чаще встречается при оперативных вагинальных родах по сравнению с плановым КС. Но при нормальном течении вагинальных родов частота этих осложнений сопоставима с таковой при КС. Аналогичные соотношения выявлены и в отношении травм лицевого нерва и плечевого нервного сплетения. Сепсис новорожденных чаще встречается при затяжных вагинальных родах и является следствием восходящей материнской инфекции и длительного безводного периода (дольше 18 часов), которые регистрируются соответственно в 8 и 6 раз чаще при родах через естественные родовые пути [38]. У новорожденных, извлеченных абдоминально, часто встречается респираторная заболеваемость в виде тахипноэ, респираторного дистресс-синдрома и стойкой легочной гипертензии, требующие оксигенотерапии в момент рождения и в последующем в условиях отделения интенсивной терапии. Основная причина респираторной патологии связана с тем, что при быстром извлечении во время КС плод лишен подготовительного созревания, опосредованного через изменения эндогенных стероидов и катехоламинов, что имеет место в родах. Способность новорожденных к адекватной вентиляции и оксигенации зависит от расправления альвеол и освобождения легких от жидкости в момент прохождения плода по родовому каналу [25]. Многие исследователи сходятся во мнении, что новорожденные, извлеченные абдоминально в 37–39 недель, имеют риск респираторных заболеваний в 2–4 раза выше по сравнению с родившимися при вагинальных родах [36, 40], и рекомендуют для снижения ятрогенно обусловленной респираторной заболеваемости проводить плановое КС после 39 недель беременности [38]. В то же время в популяционном ретроспективном исследовании, проведенном в США, не выявлено увеличения перинатальной заболеваемости, за исключением более частого поступления в отделение интенсивной терапии

новорожденных, родившихся у женщин с 4 или более КС в анамнезе [11].

Международная федерация акушеров и гинекологов (FIGO) еще в 2003 году определила свою позицию в отношении КС без медицинских показаний, опубликовав «Рекомендации по вопросам этики в акушерстве и гинекологии». КС — хирургическое вмешательство с потенциальными опасностями как для матери, так и для ребенка, кроме того, оперативное родоразрешение требует больше материальных ресурсов, чем роды через естественные родовые пути. До сих пор нет веских доказательств относительного риска и пользы КС при отсутствии медицинских показаний по сравнению с влагалищными родами. В то же время имеются доказательства большей безопасности вагинальных родов для матери и для ребенка в ближайшей и отдаленной перспективе. Кроме того, рубец на матке после предшествующего КС является фактором риска для наступления и вынашивания последующей беременности, а также создает проблемы для родоразрешения. Есть также беспокойство в связи с тем, что естественный процесс рождения заменен искусственным методом без медицинского оправдания. С общемировых позиций КС по желанию матери доступны лишь привилегированному меньшинству [12]. В странах Латинской Америки, где показатель КС зашкаливает, метод родоразрешения по сути стал маркером социального статуса семьи и самой женщины. Дополнительную роль в повышении частоты КС играет финансовая заинтересованность врача. В Бразилии стоимость вагинальных и оперативных родов примерно одинакова, но, сделав несколько операций за смену, врач за короткое время получает большее вознаграждение, чем за ведение одних родов в течение многих часов [22]. В условиях высокой частоты оперативных родов формируется проблема кадровой подготовки специалистов, владеющих искусством ведения вагинальных родов, а тем более при наличии рубца на матке. Выпускники ВУЗов, сразу попавшие в стационар с высокой оперативной активностью, не могут приобрести должных навыков консервативного ведения родов [22].

Внимание ВОЗ в настоящее время сосредоточено на стратегии по снижению оперативных родов без медицинских показаний, которые не улучшают здоровье, но могут увеличить риски для матери, осложнить течение последующей беременности и родов, удорожают расходы здравоохранения. Для снижения уровня КС предлагаются разные пути. В Мексике изучено значение психопрофилактической подготов-

ки и партнерской поддержки в родах. В группе из 50 первородящих женщин до 25 лет при партнерской поддержке КС было проведено только одной женщине, в то время как при традиционном ведении родов — двенадцати [4]. В Канаде предлагается провести переоценку показаний и методов индукции родов у первородящих женщин, увеличить частоту вагинальных родов после кесарева сечения, возродить наружный поворот на головку при тазовом предлежании плода [3]. В США, где врач имеет право принять решение в пользу КС [24], с 1 сентября 2012 года в ряде штатов принят закон, запрещающий делать операцию «по желанию женщины», а также проводить ее ранее 39-й недели беременности, если на то нет серьезных причин.

Таким образом, абдоминальное родоразрешение в условиях «перинатального акушерства» позволило во многих странах и, прежде всего, в экономически развитых, добиться значительного снижения перинатальной смертности. Вместе с тем серьезные осложнения для матери, равно как и респираторная заболеваемость новорожденных, связанные с оперативным вмешательством, встречаются чаще по сравнению с родами через естественные родовые пути. Следовательно, здравый смысл подсказывает, что КС должно выполняться исключительно в тех случаях, когда польза перевешивает риск.

Литература

1. Application of the Robson classification of cesarean sections in focus: Robson groups/Budhwa T. [et al.] // A report by the child health network for the greater Toronto area. — Toronto, 2010. — 60 p.
2. Akram H., Bukhari A.A., Din A.U. Multiple caesarean sections — an association with increasing frequency of placenta praevia // Biomedica. — 2009 — Vol. 25. — P. 28–31.
3. Allen V.M., Baskett T.F., O'Connell C.M. Contribution of select maternal groups to temporal trends in rates of caesarean section // JOGC. — 2010. — Vol. 32, N 7. — P. 633–641.
4. Alternative strategy to decrease cesarean section: support by doula during labor/Trueba G. [et al.] // J. Perinatal Education. — 2000. — Vol. 9, N 2. — P. 89–13.
5. Ananth C.V., Vintzileos A.M. Trends in cesarean delivery for pregnancy and association with perinatal mortality // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2011. — Vol. 204, N 6. — P. 505–513.
6. Bergholt T., Lim L.K., Jorgensen J.S. Maternal body mass index in the first trimester and risk of cesarean delivery in nulliparous women in spontaneous labor // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 196, N 2. — P. 163–167.
7. Brennan D.J., Robson M.C., Murphy M. Comparative analysis of international cesarean delivery rates for the 10— group classification identifies significant differences in spontaneous labor // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 201, N 3. — P. 308–316.
8. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America / Villar J. [et al.] // Lancet. — 2006. — Vol. 367. — P. 1819–1829.
9. Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa / Shah A. [et al.] // Int. Journal Gynecol. Obstet. — 2009. — Vol. 107. — P. 191–197.
10. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study / Althabe F. [et al.] // Birth. — 2006. — Vol. 33. — P. 270–277.
11. Cheng Y., Nakagawa S., Caughey A. Number of prior cesarean delivery and perinatal outcomes: more is worse? // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 200, suppl. — P. 214.
12. Christilaw J.E. Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate // International J. Gynecol. Obstet. — 2006. — Vol. 94. — P. 262–268.
13. Clark E.A.S., Silver R.M. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2011. — Vol. 205, N 6, suppl. — P. S2–10.
14. Classification of caesarean sections in Canada: the modified Robson criteria / D. Farine // JOGC. — 2012. — Vol. 34, N 10. — P. 976–979.
15. Contemporary cesarean delivery practice in the United States / Zhang J. [et al.] // Am. J. Obst. Gynecol. — October 2010. — Vol. 203, N 4. — P. 326–336.
16. Dalveit A.K., Tollanes M.C., Pihlstrom H. Cesarean delivery and subsequent pregnancies // Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 111, N 6. — P. 1327–1334.
17. Denk C.E., Kruse L.K., Jain N.J. Surveillance of cesarean section deliveries, New Jersey 1999–2004 // Perinatal Care. — 2006. — Vol. 33, N 3. — P. 203–209.
18. Determinants of preference for elective cesarean section in Hong Kong Chinese pregnant women / Pang S.M.W. [et al.] // Hong Kong Med. Journal — 2007. — Vol. 13, N 2. — P. 100–105.
19. Dunne C., Silva O.D., Schmidt G. Outcomes of elective labour induction and elective caesarean section in low-risk pregnancies between 37 and 41 weeks' gestation // JOGC. — 2009. — Vol. 31, N 12. — P. 1124–1130.
20. Ecker J.L., Frigoletto F.D. Cesarean delivery and the risk-benefit calculus // N. Engl. J. Med. — 2007. — Vol. 356, N 9. — P. 885–889.
21. Epidemiology and trends for caesarean section births in New South Wales, Australia: A population-based study / Stavrou E.P. [et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. — 2011. — Vol. 11. — P. 8.
22. Giguere R. Social determinants of cesarean deliveries in Latin America: a case study of Brazil // Center for Global Initiatives. — 2007, April. — 47 p.
23. Hamilton B.E., Martin J.A., Ventura S.J. Births: preliminary data for 2006 // National vital statistics reports. — 2007. — Vol. 56, N 7. — P. 88.
24. Hankins G.D., Clark S.M., Munn M.B. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal

- trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise // *Semin. Perinatol.* — 2006. — Vol. 30. — P. 276–287.
25. *Hansen A.K., Wisborg K., Uldbjerg N.* Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study // *BMJ.* — 2008. — Vol. 336. — P. 85–87.
 26. *Hong X.* Why is the rate of cesarean section in urban China so high? Is the price transparency policy working? // *J. Health Managementlocalhost.* — 2008 — Vol. 10, N 1 — P. 25–47.
 27. *Kealy M.A., Small R.E., Liamputtong P.* Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia // *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2010 URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (дата обращения 11.09.2013).
 28. *Low J.* Caesarean section — past and present // *JOGC.* — 2009. — Vol. 31, N 12 — P. 1131–1136.
 29. *MacDorman M.F., Menacker F., Declercq E.* Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes // *Clin. Perinatol.* — 2008. — Vol. 35, N 2. — P. 293–307.
 30. *Malloy M.H.* Impact of cesarean section on neonatal mortality rates among very preterm infants in the United States, 2000–2003 // *Pediatrics.* — 2008. — Vol. 122, N 2. — P. 285–292.
 31. Births: final data for 2007 / *Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D.* [et al.] // *National vital statistics reports.* — 2010. — Vol. 58, N 24. — P. 1–86.
 32. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study / *Villar J.* [et al.] // *BMJ.* — 2007. — Vol. 335. — P. 1025–1036.
 33. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries / *Silver R.M.* [et al.] // *Obstet. Gynecol.* — 2006. — Vol. 107, N 6. — P. 1226–1232.
 34. *Menacker F., Declercq E., Macdorman M.F.* Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology // *J. Seminars Perinatology.* — 2006. — Vol. 30. — P. 235–241.
 35. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007–2008 / *Lumbiganon P.* [et al.] // *Lancet.* — 2010. — Vol. 375. — P. 490–499.
 36. Neonatal outcomes after elective cesarean delivery/Kamath B.D. [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2009. — Vol. 113, N 6. — P. 1231–1238.
 37. *Nisenblat V., Barak S., Griness O.B.* Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries // *Obstet. Gynecol.* — 2006. — Vol. 108, N 1. — P. 21–26.
 38. *Patel R.M., Jain L.* Delivery after previous cesarean: Short-term perinatal outcomes // *Semin. Perinatol.* — 2010. — Vol. 34, N 4. — P. 272–280.
 39. *Potter J., Hopkins K., Faundes A.* Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale // *Birth.* — 2008. — Vol. 35. — P. 33–40.
 40. *Ramachandrappa A.* Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory // *Clin. Perinatol.* — 2008. — Vol. 35, N 2. — P. 373–394.
 41. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates / *Betran A.P.* [et al.] // *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* — 2007. — Vol. 21. — P. 98–113.
 42. *Ravindran J.* Rising caesarean section rates in public hospitals in Malaysia 2006 // *Med. J. Malaysia.* — 2008. — Vol. 63, N 5. — P. 434–435.
 43. Rise in cesarean section rate over a 30-year period in a public hospital in Tehran / *Badakhsh M.H.* [et al.] // *Arch. Iran. Med.* — 2012. — Vol. 15, N 1. — P. 4–7.
 44. Risk factors for surgical site infection after low transverse cesarean section / *Olsen M.A.* [et al.] // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* — 2008. — Vol. 29, N 6. — P. 477–484.
 45. *Robson M.S.* Classification of caesarean sections // *Fetal and Maternal Medicine Review.* — 2001. — Vol. 12, N 1. — P. 23–29.
 46. *Ronsmans C., Holtz S., Stanton C.* Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis // *Lancet.* — 2006. — Vol. 368. — P. 1516–1523.
 47. *Rosenberg T.J., Garbers S., Lipkind H.* Maternal obesity and diabetes as risk factors for adverse pregnancy outcomes: differences among 4 racial/ethnic groups // *Am. J. Public Health.* — 2005. — Vol. 95, N 9. — P. 1545–1551.
 48. *Rossi A.C., Addario V.D.* Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 2008. — Vol. 199 — P. 224–231.
 49. *Rozen G., Ugoni A.M., Sheehan P.M.* A new perspective on VBAC: A retrospective cohort study // *Women and Birth.* — 2011. — Vol. 24. — P. 3–9.
 50. The effect of delaying childbirth on primary cesarean section rates / *Smith G.C.S.* [et al.] // *PLoS Medicine.* — 2008. — Vol. 5, N 7. — P. 1123–1132.
 51. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage: World Health Report / *Gibbons L.* [et al.]. — Geneva, 2010. — 30 p.
 52. The rising trend in caesarean section rates: should we and can we reduce it? / *Goonewardene M.* [et al.] // *Sri Lanka J. Obstet. Gynaec.* — 2012. — Vol. 34. — P. 11–18.
 53. Using a caesarean section classification system based on characteristics of the population as a way of monitoring obstetric practice / *Costa R.M.L.* [et al.] // *Reproductive Health.* — 2010. — Vol. 7. — P. 13–21.

Статья представлена Э.К. Айламазяном,
ФГБУ «НИИАГ им. Д.О. Отта» СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

ABDOMINAL DELIVERY AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM OF CONTEMPORARY OBSTETRICS

Orlova V. S., Kalashnikova I. V., Bulgakova E. V., Voronova Y. V.

■ **Summary:** The frequency of cesarean section as the instrument of decrease in perinatal mortality, in many countries with the high and average level the income I surpassed reasonable limits. The systematized data of foreign authors concerning the most discussed aspects of the problem are submitted: the

reasons of the global increase in the level of operational childbirth, consequences for the health of the mother and the newborn, and also ways and expediency of decrease in their level. Robson classification is widely used in international practice. It gives an opportunity to compare the indications for cesarean section in different countries and regions.

■ **Key words:** cesarean delivery; frequency; causes; complications of cesarean section; Robson classification; repeat cesarean section.

■ **Адреса авторов для переписки**

Орлова Валентина Семеновна — доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии. Белгородский государственный национальный исследовательский университет. Россия, 308015, Белгород, ул. Победы, 85. **E-mail:** valent.or@yandex.ru.

Калашиникова Ирина Владимировна — кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии Белгородский государственный национальный исследовательский университет. Россия, 308015, Белгород, ул. Победы, 85. **E-mail:** Ira_vrach@mail.ru.

Булгакова Елена Валентиновна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии. Белгородский государственный национальный исследовательский университет. Россия, 308015, Белгород, ул. Победы, 85. **E-mail:** elena.bulgakova.72@mail.ru.

Воронова Юлия Васильевна — аспирант кафедры акушерства и гинекологии. Белгородский государственный национальный исследовательский университет. Россия, 308015, Белгород, ул. Победы, 85. **E-mail:** juliaskalepova79@inbox.ru.

Orlova Valentya Semyonovna — MD, professor of chair of obstetrics and gynecology. The Belgorod State National Research University. Pobeda 85, Belgorod, 308015, Russia. **E-mail:** valent.or@yandex.ru

Kalashnikova Irina Vladimirovna — the candidate of medical sciences, the senior teacher of chair of obstetrics and gynecology. The Belgorod State National Research University. Pobeda 85, Belgorod, 308015, Russia. **E-mail:** Ira_vrach@mail.ru

Bulgakova ElenaValentinovna — graduate student of chair of obstetrics and gynecology. The Belgorod State National Research University. Pobeda 85, Belgorod, 308015, Russia. **E-mail:** elena.bulgakova.72@mail.ru

Voronova Yuliya Vasilievna — graduate student of chair of obstetrics and gynecology. The Belgorod State National Research University. Pobeda 85, Belgorod, 308015, Russia. **E-mail:** juliaskalepova79@inbox.ru;