

В.И. Краснопольский,
Л.С. Логутова

Московский областной НИИ акушерства и
гинекологии Минздрава России.

АЛЬТЕРНАТИВНОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ ПРИ НАЛИЧИИ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ПОКАЗАНИЙ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ

В статье подведены итоги 20-летнего опыта родоразрешения беременных высокого перинатального риска: процент кесаревых сечений увеличился в два раза, перинатальная смертность практически не снизилась, а перинатальная заболеваемость из года в год растет; снизился акушерский профессионализм; увеличилось число беременных женщин с оперированной маткой. Намечены перспективы альтернативного родоразрешения у беременных с сахарным диабетом, рубцом на матке после кесарева сечения, ФПН, у пожилых первородящих, при тазовом предлежании плода и т.д.

В подавляющем большинстве случаев рождение ребенка - радостное и трепетно ожидаемое событие в семье и в обществе в целом. Но исход беременности в значительной степени зависит от социальной политики и организации здравоохранения той страны, в которой проживает женщина. В последние годы и то и другое в России претерпело большие изменения: снизился индекс здоровья населения, растет смертность, падает рождаемость, неуклонно снижается материальное благосостояние большинства российских семей, но при этом многие социальные и медицинские услуги становятся платными. «Бесплатная» медицина дорого обходится государству. В первую очередь это относится к диагностике с использованием современной информативной, но дорогостоящей аппаратуры и к оперативному лечению.

Акушерство всегда, а в последние десятилетия особенно, являлось творческой, динамически развивающейся дисциплиной, постоянно вбирающей в себя новейшие достижения медицины.

Но определяя эффективность тех или иных методов диагностики и лечения осложнений беременности и родов, нельзя не оценивать и степень их агрессивности для матери и плода, влияние на последующее здоровье, психоэмоциональное состояние беременной женщины и роженицы. Основной задачей современного акушерства является ответ на вопрос, что же в сущности представляет собой эффективная помощь женщинам и детям во время беременности и родов.

«Приоритеты могут выстра-

иваться, начиная от радости, которую женщина должна испытывать при рождении ребенка, до статистически значимого снижения перинатальной смертности. Различия в приоритетах приводят к большому разнообразию рекомендаций относительно этой помощи» [6].

Достоверно оценить эффективность тех или иных методов или системы мероприятий можно только тогда, когда она относительно отличается от той, которая была получена при анализе прошлого опыта.

Эта статья продиктована необходимостью подведения итогов 20-летнего увлечения операцией кесарева сечения в связи с либерализацией показаний к нему в интересах плода, а также наметить перспективы альтернативного родоразрешения.

Рассматривая кесарево сечение как бережный метод родоразрешения для плода, нужно отдавать себе отчет в том, что для матери он безусловно является агрессивным. И напоминать о том, что материнская заболеваемость и летальность после абдоминальных родов во много раз выше, чем после самопроизвольных, излишне. Кроме этого, даже неосложненное кесарево сечение ограничивает репродуктивную функцию женщин фертильного возраста. В условиях снижающейся рождаемости это уже является социальной проблемой.

За последние 20 лет частота кесарева сечения в России увеличилась более чем в 2 раза и составляет в среднем 11-12%. В некоторых акушерских стационарах этот показатель достигает 40-50 и более процентов,



В 80-е годы в крупных клиниках Западной Европы и США частота абдоминального родоразрешения составляла 20-27%, что в 2 раза ниже, чем в аналогичных учреждениях России. И тем не менее это вызывало обеспокоенность акушеров, и намечались конкретные меры по ее снижению.

Кесарево сечение относится к числу дорогостоящих методов родоразрешения (интересно заметить, что некоторые акушеры принимают во внимание этот факт, когда речь идет о платных услугах).

Как подсчитали американские ученые, увеличение частоты кесарева сечения на 1% приводит к повышению стоимости оказания акушерской помощи на 63 млн. долларов в год, при осложнениях операции эта цифра увеличивается в 2-3 раза [7, 8, 9, 10].

Но можно было бы не считать материальные затраты на операцию (хотя в современных условиях это делать просто необходимо), если бы увеличение числа кесаревых сечений позволило решить весь комплекс многообразных проблем охраны здоровья матери и будущего поколения.

Сравнивая результаты последних 20 лет с предыдущим периодом, когда частота оперативных родов была в 2 раза ниже, следует сказать, что основной цели - снижение перинатальной заболеваемости и смертности - мы не достигли.

Как показали исследования, проведенные в нашем институте и в регионах Московской области, не существует прямой корреляционной связи между частотой оперативного родоразрешения и уровнем перинатальной смертности. Перинатальная же заболеваемость из года в год увеличивается. Причины этого многообразны и нередко находятся за пределами акушерской науки и практики (общемедицинские и социальные проблемы). Снизить перинатальную заболеваемость только «бережным» извлечением пло-

да из материнского организма мы, акушеры, не сможем никогда.

Итогом чрезмерного увлечения кесаревым сечением явилось снижение акушерского профессионализма и квалификации акушеров в искусстве ведения родов. Для большинства молодых специалистов является неразрешимой задачей наложение акушерских щипцов; ведение родов при тазовом предлежании плода, поворот второго плода из двойни на ножку с последующим извлечением и т.д.

И наконец, еще одним, с нашей точки зрения неутешительным, итогом широкого, подчас не всегда достаточно обоснованного использования кесарева сечения явилось увеличивающееся из года в год число женщин фертильного возраста с оперированной маткой. Риск материнской смертности в этой группе женщин при последующей беременности возрастает в несколько раз. И этот же контингент беременных еще больше увеличивает частоту оперативных родов, так как в структуре показаний к кесареву сечению рубец на матке в последние годы занимает одно из первых мест.

Таким образом, подводя общий итог 20-летнему увлечению операцией кесарева сечения, следует с сожалением отметить, что мы не только не смогли решить поставленные перед собой задачи, но и создали новые проблемы в современном акушерстве.

На пороге третьего тысячелетия мы должны четко представлять, что здоровье будущего поколения невозможно улучшить только за счет увеличения частоты оперативного родоразрешения. Усилия акушеров должны быть направлены на антенатальную охрану плода, рациональное и грамотное ведение родов путем постепенного снижения числа кесаревых сечений, не увеличивая при этом младенческую заболеваемость.

Мы хотим поделиться многолетним опытом родоразрешения беременных высокого перина-

тального риска.

В МОНИИАГ процент кесаревых сечений вот уже на протяжении 10 лет остается практически стабильным (12-14%), а перинатальная смертность — относительно низкой (9,8-10,3%) (в 1999 г. - 6,9%), несмотря на то, что институт является коллатором тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии и практически единственным в регионе с 7-миллионным населением.

Столь невысокий процент оперативных родов объясняется постоянным поиском возможностей альтернативного родоразрешения при наличии показаний к кесареву сечению.

К большому сожалению, в некоторых учреждениях в настоящее время не кесарево сечение является альтернативой самопроизвольным родам, а наоборот.

Возможность выбора метода родоразрешения реализуется в полной мере при использовании «запланированного» кесарева сечения, которому в институте отдается предпочтение при наличии относительных показаний к оперативным родам.

«Запланированное» кесарево сечение имеет все преимущества плановой операции, но при этом у акушера есть возможность проводить гибкую тактику, определяя наиболее оптимальный вариант родоразрешения, не исключая и роды через естественные родовые пути. Такая тактика позволяет не увеличивать частоту необоснованного абдоминального родоразрешения. Кроме этого, при «запланированном» кесаревом сечении присутствует фактор родового стресса, улучшающий исход оперативных родов для новорожденного, особенно при недоношенной беременности.

Мы считаем, что показания к кесареву сечению в интересах плода должны быть так же, как и материнские, разделены на абсолютные и относительные.

Абсолютные:

- острая гипоксия плода, непод-

дающаяся медикаментозной коррекции, при отсутствии условий для немедленного родоразрешения через естественные родовые пути;

- поперечное положение плода после излития околоплодных вод;
- разгибательные предлежания головки плода - лобное, передний вид лицевого (по спинке), задне-теменное вставление, высокое прямое стояние стреловидного шва;

- состояние агонии или смерти матери при живом плоде.

Относительные:

- хроническая фетоплацентарная недостаточность;

- тазовое предлежание плода при массе его тела более 3500 г и разогнутом положении головки;

- выпадение пульсирующих петель пуповины при головном предлежании плода;

- пожилой возраст первородящей, длительное бесплодие в анамнезе, индуцированная беременность;

- переносенная беременность;

- преждевременные роды;

- крупный и гигантский плод;

- многоплодная беременность при тазовом предлежании первого плода и головном — второго плода;

- анатомически узкий таз I и II степени сужения при массе плода более 3500 г.

Углубленные научные исследования и разработки, включающие информативные методы диагностики состояния плода, адекватную комплексную терапию осложнений беременности, антенатальных нарушений, а также рациональное, бережное ведение родов с использованием современных технологий родоразрешения позволили нам в значительной степени снизить частоту кесаревых сечений по относительным показаниям у беременных с сахарным диабетом, фетоплацентарной недостаточностью, оперированной маткой, миопией, гестозом, у пожилых первородящих, при тазовом предлежании плода, многоплодной беременности и др.

Успехи родовспоможения при сахарном диабете зависят от ряда факторов: компенсация диабета до наступления беременности и во время гестации; профилактика и своевременная диагностика и лечение осложнений беременности, сроки родоразрешения и успехи неонатальной медицины.

Начинать заботиться о здоровье будущего поколения у больных сахарным диабетом нужно не во время беременности и даже не непосредственно перед ее наступлением, а значительно раньше.

Педиатры и эндокринологи, осуществляющие диспансерное наблюдение за девочкой, страдающей сахарным диабетом, должны помнить о том, что это потенциальная мать, и готовить ее к материнству, добиваясь стойкой компенсации заболевания, заблаговременно.

Проблемной беременностью и родов у женщин с сахарным диабетом МОНИИАГ занимается в течение 15 лет. В течение последних трех лет в институте работает диабетический центр «Сахарный диабет и беременность».

Предгравидарная подготовка, ранняя диагностика гестационного диабета, интенсифицированная терапия человеческим инсулином, своевременная коррекция нарушений микроциркуляции, фетоплацентарной недостаточности позволили значительно снизить тяжесть диабетических фетопатий, в том числе макросомии, частоту и тяжесть гестозов, предотвратить прогрессирование поздних осложнений основного заболевания.

Эти осложнения у беременных с сахарным диабетом чаще всего являются показаниями к кесареву сечению. В наших наблюдениях частота макросомии составила только 4,7 %, а частота кесарева сечения — 22 %, в то время как многие исследователи, изучающие проблему сахарного диабета у беременных, приводят данные о 70-80% оперативных родов.

Перинатальная смертность составила 25% (по литературным данным, у беременных с сахарным диабетом она достигает 400%). Причем она не зависела от способа родоразрешения, так как ее причинами были либо аномалии развития плода, либо диабетическая фетопатия, либо болезнь гиалиновых мембран у глубоко недоношенных детей, матери которых не наблюдались во время беременности в институте, а переведены в МОНИИАГ на родоразрешение из различных акушерских стационаров Московской области в связи с тяжелым состоянием.

Тяжесть состояния новорожденных у женщин с сахарным диабетом в первую очередь обуславливается нарушениями ЦНС.

Исследованиями последних лет было доказано, что эти нарушения зависят от концентрации антител к инсулиновым рецепторам и фактору роста нервов.

При высоком титре этих антител, свидетельствующем об осложненном течении сахарного диабета, постнатальная энцефалопатия диагностируется в 100% случаев у детей в возрасте полутора лет, даже если их состояние в раннем неонатальном периоде было удовлетворительным. Поэтому не способом родоразрешения, а своевременным и грамотным лечением осложнений гестации, включающим гепарино- и энзимотерапию, определяется перинатальный прогноз у беременных с диабетом.

Одним из наиболее частых показаний к кесареву сечению в настоящее время является фетоплацентарная недостаточность (ФПН). Антенатальная диагностика этой патологии основывается на комплексном обследовании, включающем УЗИ с доплерометрией, анализ кардиотохограммы, биофизический профиль плода, исследование гормональной функции плаценты, системы гемостаза у беременной. В соответствии со степенью тяжести

выявленных нарушений проводится коррегирующая терапия, включающая инъекции и ингаляции гепарина, метаболиты и адаптогены, актовегин и др.

Декомпенсированная ПН, т.е. не поддающаяся медикаментозной коррекции, должна являться показанием к кесареву сечению. При компенсации недостаточности предпочтение следует отдавать самопроизвольным родам под тщательным мониторингом контролем за состоянием плода.

За последние 10 лет в институте родоразрешены 1250 беременных с ФПН, которая была диагностирована в 28-30 недель гестации. У 81% пациенток терапия этого осложнения беременности была эффективной, и они были родоразрешены через естественные родовые пути. И лишь у 19% произведено кесарево сечение по поводу прогрессирующей ФПН или по сочетанным показаниям.

Перинатальная смертность у этих беременных составила 22%, причем только среди новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения. Причиной смерти новорожденных с СЗВР и гипотрофией явились прогрессирующая гипоксия, пневмония, болезнь гиалиновых мембран. Вполне очевидно, что способ родоразрешения при ФПН не являлся определяющим в перинатальном исходе беременности у этого контингента женщин.

Резервом снижения частоты кесаревых сечений в современном акушерстве является уменьшение их числа за счет повторных операций, т.е. родоразрешения беременных с рубцом на матке через естественные родовые пути.

Исследованиями зарубежных ученых доказано, что от 30 до 80% женщин, перенесших кесарево сечение, могут рожать через естественные родовые пути с благоприятным исходом как для матери, так и для плода [11, 16, 17]. И эти роды при состоятельном рубце на матке не только возможны, целесообразны, но и предпочтительнее, чем повторное

кесарево сечение [13, 14, 15].

В конце 90-х годов в отечественном акушерстве также появился интерес к родоразрешению через естественные родовые пути беременных с оперированной маткой [1, 2, 3, 4, 5]. Однако и в настоящее время таких энтузиастов немного. К сожалению, большинство российских акушеров стремится решить проблему родоразрешения беременных с оперированной маткой в интересах женщины, а выбирает более легкое для себя решение - повторное кесарево сечение.

Отказ акушеров от проведения консервативных родов после абдоминального родоразрешения продиктован прежде всего страхом перед разрывом матки. Хотя уже доказано исследователями, занимающимися этой проблемой, что этот страх в значительной степени преувеличен. Частота этого осложнения не превышает 3,5-5,0%, причем риск разрыва матки во время беременности выше, чем во время родов [12].

И, как отмечают М. Enkin и соавт. (1995), «любое акушерское отделение, которое готово к ведению женщин с наиболее часто наблюдаемыми осложнениями, такими, как предлежание плаценты, выпадение пуповины, отслойка плаценты и острый дистресс плода, должно справляться и с задачей ведения вагинальных родов у женщин после предшествующего кесарева сечения. Лечение разрыва матки по рубцу в нижнем маточном сегменте не требует сверхординарного оборудования».

Эти же авторы констатируют, что «ведение родов у женщин после предшествующего кесарева сечения в нижнем сегменте должно мало чем отличаться от ведения любых других родов» [6].

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии занимается проблемой родоразрешения беременных после кесарева сечения на протяжении 10 лет. За этот период в институте родоразрешены 673 женщины с рубцом на матке после предшеству-

ющих оперативных родов: 465 беременным произведено повторное кесарево сечение (403 - плановые операции и 62 - экстренные) и 208 - родоразрешены через естественные родовые пути.

Таким образом, процент самопроизвольных родов в среднем составил 30,9%. В отдельные годы эта цифра достигала 47-52%.

Показания к плановому повторному кесареву сечению были сочетанными, и лишь в 23,9% основным показанием к операции явился рубец на матке.

Абсолютными показаниями к повторному кесареву сечению являлись:

- рубец после корпорального кесарева сечения;
- два и более рубцов на матке;
- несостоятельность рубца на матке по клиническим и эхоскопическим признакам;
- предлежание плаценты к рубцу.

Во всех остальных случаях при отсутствии других показаний к операции предпочтение отдавали самопроизвольным родам. Мы считаем, что повторное кесарево сечение должно быть отнесено к разряду опасных операций, и показания к нему должны быть не менее обоснованными, чем к первому. В современных условиях только наличие рубца на матке не может являться показанием к повторному абдоминальному родоразрешению.

Нужно отметить, что в последние годы женщин, отдающих предпочтение самопроизвольным родам после кесарева сечения, становится все больше и больше.

Как отмечают М. Enkin и соавт. (1995), «возможно, при своем первом кесаревом сечении они испытали какие-то эмоциональные или физические трудности. Возможно, им было неприятно, что во время родов они были разлучены с ребенком. Возможно, они сомневаются, была ли в этом необходимость. Возможно, они осведомлены о накопленных доказательствах относительно безопас-

ности и преимуществах попытки вагинальных родов или просто хотят лучше ощутить состояние родов».

Как это нередко бывает, сама жизнь вносит свои коррективы в наши устоявшиеся взгляды на некоторые ситуации. «Все больше женщин, кто испытал «трудные обстоятельства» во время родов, стараются поделиться опытом с целью развеять мифы относительно кесарева сечения воинствующей дезинформации, а также с целью распространения истинных сведений и своей собственной точки зрения. В некоторых странах организуются специальные дородовые курсы для родителей, которые выбирают вагинальные роды после кесарева сечения» [6].

Несмотря на то что МОНИИ-АГ является региональным институтом Московской области, в наше учреждение все чаще и чаще обращаются беременные, предпочитающие самопроизвольные роды повторному кесареву сечению, из Москвы и различных регионов России, после многочисленных отказов в предоставлении им такой возможности в других акушерских стационарах.

Четко разработанные клинические и эхографические признаки состоятельности рубца на матке, тщательный отбор беременных на самопроизвольные роды, проведение этих родов с использованием адекватного обезболивания, ультразвукового исследования позволили достичь благоприятного исхода для матери и плода у 80-85% женщин с попыткой самопроизвольных родов. Показаниями к экстренному кесареву сечению у рожениц были такие акушерские осложнения, которые не могли быть прогнозированы до начала родов (дистресс плода, аномалии родовой деятельности, клинические узкий таз).

У 17 из 673 (2,6%) беременных с рубцом на матке после кесарева сечения произошел ее разрыв (у 11 - во время беременности, у 6 - в процессе родов). Час-

тота разрывов во время родов (2,8%) была практически такой же, как и при беременности (2,4%).

Материнской смертности у этого контингента беременных женщин не было.

Перинатальная смертность после самопроизвольных родов составила 4,7‰ (один ребенок), при повторном кесаревом сечении - 38,6‰.

Таким образом, самопроизвольные роды у беременных с состоятельным рубцом на матке с перинатальных позиций следует рассматривать как безопасную альтернативу повторному абдоминальному родоразрешению. И это также должно явиться резервом снижения частоты кесаревых сечений.

Большой удельный вес в структуре показаний к кесареву сечению составляют пожилые первородящие, с длительным бесплодием в анамнезе, индуцированной беременностью, в том числе и после экстракорпорального оплодотворения. Во многих акушерских стационарах беременность у этого контингента женщин в 100% завершается оперативными родами.

Вопреки мнению большинства акушеров о высокой частоте осложненного течения беременности и родов у пожилых первородящих, наши исследования свидетельствуют об обратном. Эти пациентки относятся к наиболее организованному и дисциплинированному контингенту беременных женщин, регулярно посещающих женские консультации и строго выполняющих все предписания врача, заботясь о своем будущем ребенке.

Стремление акушеров помочь таким женщинам реализовать последнюю, а иногда и единственную возможность родить живого здорового ребенка только оперативным путем вряд ли оправдано.

Именно у этих пациенток следует отдавать предпочтение «запланированному» кесареву сечению, не лишая их возможности познать радость материнства и

проникнуться уважением к себе как к женщине после благополучного завершения самопроизвольных родов.

Частота родов *per vias naturales* у пожилых первородящих с бесплодием в анамнезе составляет в институте 82-85% ежегодно, у 60-70% этих женщин беременность индуцирована различными гормональными препаратами. У 10-15% беременных были сочетанные показания к плановому кесареву сечению и лишь у 3-5% рожениц произведено экстренное абдоминальное родоразрешение.

Средняя продолжительность самопроизвольных родов составила 10 час. 23 мин ± 4 часа 17 минут. Аномалии родовой деятельности осложнили течение родов лишь у 18,6% рожениц.

Перинатальная смертность у пожилых первородящих составила 23,7‰ (редуцированная - 16,6‰). Шесть детей погибли от врожденных аномалий развития, несовместимых с жизнью (два - антенатально, беременность завершена самопроизвольными родами и четыре - постнатально после кесарева сечения). Причинами смерти 14 жизнеспособных новорожденных явились либо глубокая недоношенность при досрочном родоразрешении в связи с тяжелым состоянием матери, либо внутриутробное инфицирование (13 из этих детей были извлечены путем планового кесарева сечения).

Таким образом, с нашей точки зрения, ни возраст первородящей, ни отягощенный акушерско-гинекологический анамнез не должны быть определяющими в выборе метода родоразрешения. Своевременная диагностика и адекватная терапия осложнений беременности, ФПН, психологическая подготовка к родам, их квалифицированное ведение, включающее профилактику потенциальных осложнений, - резервы снижения частоты оперативных родов у пожилых первородящих.

Большинство акушеров относят самопроизвольные роды в та-

зовом предложении к патологическим и поэтому считают, что в интересах плода беременность при этой акушерской ситуации должна завершаться кесаревым сечением. Однако, как отмечают М. Епкин и соавт. (1995), «тактика элективного (планового) кесарева сечения при тазовом предложении в случае доношенной беременности сопровождается некоторым снижением непосредственной младенческой заболеваемости и повышением материнской заболеваемости. Ключевым фактором остается опыт акушерского персонала, принимающего роды. Уверенность в том, что использование кесарева сечения для родоразрешения при тазовом предложении наиболее безопасно, может стать пророчеством, создаваемым самими людьми, когда их мастерство и опыт в вагинальном родоразрешении при тазовом предложении полностью отсутствуют».

Частота абдоминальных родов при тазовом предложении плода составляет в институте от 32,4 до 38,6%. Причем, крайне редко (макросомия, ножное предлежание, тазовое предлежание одного плода из двойни) показанием к плановому кесареву сечению являлось само неправильное положение плода, чаще операция производилась по сочетанным показаниям.

Перинатальная смертность при тазовом предлежании плода 6,5-10,7%. Анализ показал, что она не зависела от способа родоразрешения.

Очень важной акушерской проблемой вообще и оперативного акушерства в частности являются преждевременные роды. Эти роды сопровождаются экстраординарным увеличением смертности и заболеваемости нормально развивающихся детей.

Перинатальная смертность недоношенных новорожденных колеблется в широких пределах (от 250 до 780‰) и находится в прямой зависимости от срока гестации, степени зрелости плода, со-

стояния беременной перед родоразрешением, особенностей адаптации ребенка, объема и длительности реанимационных мероприятий, условий для выхаживания недоношенных детей.

Высказать безапелляционное мнение о преимущественном способе родоразрешения при недоношенной беременности чрезвычайно сложно.

Кесарево сечение в интересах плода акушеры нередко предпринимают лишь с той целью (независимо от его исхода), чтобы сказать себе и женщине, что для этого ребенка было сделано все возможное.

С нашей точки зрения, ни один из способов родоразрешения при недоношенной беременности не имеет преимуществ.

В структуре перинатальной смертности недоношенных детей после планового «щадящего» кесарева сечения (истмико-корпоральный разрез на матке, извлечение головки плода в плодном пузыре) преобладают болезнь гиалиновых мембран, прогрессирующая гипоксия, надпочечниковая недостаточность.

После самопроизвольных родов, которые нередко имеют затяжное течение, либо принимают стремительный характер, перинатальная смертность в основном обусловлена прогрессирующей гипоксией, внутриутробным инфицированием, аспирационной пневмонией, энцефалопатией гипоксически-травматического генеза.

Если необходимость досрочного родоразрешения продиктована тяжестью состояния беременности, то и способ родоразрешения должен быть наиболее бережным и щадящим для матери.

В тех же ситуациях, когда преждевременные роды начинаются спонтанно, после выяснения причины этого осложнения беременности, оценки состояния плода метод родоразрешения определяется индивидуально в каждом конкретном случае.

Наш опыт показал, что до 33-34 недель беременности кесарево

сечение не имеет преимуществ перед бережным родоразрешением через естественные родовые пути.

После этого срока предпочтение следует отдавать «запланированному» кесареву сечению, имеющему большие преимущества перед плановым.

Значительным резервом снижения частоты кесаревых сечений в ближайшем будущем будут беременные с миопией средней и высокой степени.

Еще 10 лет назад метод родоразрешения беременных с заболеваниями глаз находился в компетенции врачей-окулистов. Частота кесарева сечения в 80-90-х годах у беременных с миопией средней и высокой степени достигала 60-70%. В некоторых акушерских учреждениях эта цифра и сегодня составляет 40-50%.

Исследованиями, проведенными акушерами нашего института совместно со специалистами Института глазных болезней им. Гельмгольца, было доказано, что лишь у 1,4% этих пациенток патология зрения является доминирующей при выборе метода родоразрешения. У 10,7% - показания к кесареву сечению в основном сочетанные. А у 87,9% женщин с миопией средней и высокой степени предпочтение следует отдавать самопроизвольным родам на фоне ДПА с контролем за гиподинамикой глаза.

Одним из наиболее частых показаний к кесареву сечению в процессе родов в последние годы являются аномалии родовой деятельности, «не поддающиеся медикаментозной коррекции». Анализ историй таких родов показал, что эта коррекция и не могла быть эффективной, так как либо введение окситоцина началось сразу после дородового излития вод при не готовых родовых путях, что приводило к дискоординации родовой деятельности и дистонии шейки матки (простагландины не использовались), либо стимуляция продолжалась непрерывно в течение нескольких часов без предоставле-

ния медикаментозного отдыха.

Неадекватность медикаментозной коррекции аномалий родовой деятельности была доказана нами при родоразрешении беременных с рубцом на матке после кесарева сечения. У 19,8 % женщин, родоразрешенных оперативно в процессе первых родов по поводу слабости родовой деятельности, в нашем институте произошли срочные самопроизвольные роды.

Мы остановились подробно лишь на некоторых акушерских ситуациях, которые могут стать резервом снижения частоты кесаревых сечений. Таким же резервом могут быть беременные с многоплодной беременностью (частота абдоминального родоразрешения в институте составляет 13-15%); гестозом (9,5-14%); миомой матки (25-30%) и т.д.

Подводя итог всему вышеизложенному, следует сказать, что мы живем в условиях постоянного снижения индекса здоровья населения и считать, что, расширяя показания к кесареву сечению, мы улучшим здоровье наших женщин, в том числе и репродуктивное, было бы большой ошибкой.

Кесарево сечение можно считать одним из интегрированных показателей работы акушерского стационара, но его высокие значения не должны вводить нас в заблуждение относительно тяжести контингента этого родо-спомогательного учреждения.

Использование современных технологий диагностики, профилактики и лечения осложнений беременности и родов должны являться главной альтернативой увлечению абдоминальным родоразрешением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алипов В.И., Абрамченко В.В., Морозов В.В. Консервативное ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке // Оптимизация тактики ведения родов и кесарева сечения в

современном акушерстве (тезисы к пленуму). М.; Барнаул, 1988. - С. 76-81.

2. Афанасьев А.А. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке: Дис. ... канд. мед. наук. - Уфа, 1986. - 126 с.

3. Введенский Д.В. Ведение беременности и родов у женщин, перенесших кесарево сечение с поперечным разрезом матки: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Минск, 1990. - 22 с.

4. Кулавский В.А., Афанасьев А.А. Консервативное родоразрешение женщин, перенесших ранее операцию кесарева сечения // Акуш. и гин. - 1987. - №2. - С. 17-19.

5. Погорелова А.Б. Беременность и роды у женщин, перенесших кесарево сечение в регионе высокого паритета: Дис. ... д-ра мед. наук. - Ташкент, 1990. - 326 с.

6. Enkin M., Keirse M., Renfrew M., Neilson J. A. Guide to effective care in pregnancy and childbirth. Sweden, 1999.

7. Flamm B.L. Vaginal birth after cesarean section: controversies old and new. // Clin. Obstet. Gynecol. - 1985. Vol. 28, № 4. - P. 735-744.

8. Gleicher W. Cesarean section rates in the United States. // J. Amer. Med. Ass. - 1984. - Vol. 252, № 23. - P. 3273-3276.

9. Gould J.B., Davey B., Stafford R.S. Socioeconomic differences in rates of cesarean section. // N. Engl. J. Med. - 1989. - Vol. 321. № 4. - P. 233-239.

10. Jansen F.W., van Roosmalen J., Keirse M.J., Bonnebroek-Gravenhorst J. Vaginal delivery following cesarean section. // Ned. Tijdschr. Geneesk. - 1989. - Vol. 133, № 13. - P. 666-669.

11. King E, Lahiri K. Socioeconomic factors and the odds of vaginal birth after cesarean delivery. // YAMA. - 1994. - Vol. 272, № 7. - P. 524-529.

12. Mellier G., Forest A.M., Kalem R., Mermet T. L'uterus cicatriciel: conduite a tenir. // Rev. Franc. Gynecol. Obstet. - 1986. - Vol. 81, № 4. P. 323-328.

13. Molloy B.C., Sheil O., Duignan N.M. Delivery after caesarean section: review of 2176 consecutive

cases. // Brit. Med. J. - 1987. - Vol. 294, № 6588. P. 1645-1647.

14. Paul R.H., Phelan I.D., Yeh S. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. // Amer. J. Obstet. Gynecol. - 1985. - Vol. 151, № 3. P. 297-304.

15. Pruett K.M., Kirshon B., Cotton D.B., Poindexter A.N. As vaginal birth after two or more cesarean sections safe? // Obstet. Gynecol. - 1988. Vol. 72, № 2. - P. 163-165.

16. Sarno A.Jr., Phelan J.P., Ahn M.O., Strong T. Jr. Trial of labor in women with breech presentation. // J. Reprod. Med. - 1989. - Vol. 34 № 10. - P. 831-833.

17. Veridiano N.P., Thorner N.S., Ducey J. Vaginal delivery after cesarean section. // Int. J. Gynaecol. Obstet. 1989. - Vol. 29, № 4. - P. 307-311.