

**Д. Ф. КОСТЮЧЕК**

Государственная медицинская академия  
им. И.И. Мечникова,  
кафедра акушерства и гинекологии №1,  
г. Санкт-Петербург

## НЕКОТОРЫЕ КОММЕНТАРИИ К СТАТЬЕ В.В. АБРАМЧЕНКО "ПУТИ СНИЖЕНИЯ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ"

**Проанализирован ряд аспектов проблемы кесарева сечения, которой была посвящена статья проф. В.В. Абрамченко «Пути снижения абдоминального родоразрешения». Автор выступает за необходимость взвешенного подхода при определении показаний и противопоказаний к оперативному родоразрешению. Указана возможность значительного увеличения числа родов, проведенных per vias naturales.**

*Современное состояние вопроса о показаниях к кесареву сечению, методах выполнения и осложнениях после него не стирается ни временем, ни совершенствованием технологий и техники его выполнения. И не счесть числа проблем, которые возникают при решении вопроса - вести ли роды через естественные пути или взяться за скальпель. Поэтому, несмотря на то что за последние годы в отечественной литературе вышел целый ряд очень достойных монографий, в которых авторы благодаря накопленному практическому и теоретическому опыту делятся с практическими врачами своими взглядами и советами по данной проблеме, вопросы остаются. Эта "незаконченность" в изучении показаний к кесареву сечению со стороны матери и плода побудила высказать свои взгляды на эту проблему уважаемых профессоров В.В. Абрамченко, В.И. Краснопольского и Л.С. Логутовой в "Журнале акушерства и женских болезней". Я также не смогла уйти от выражения своего пиетета к уважаемым авторам, которые во весь голос высказали свою обеспокоенность ко все растущей частоте оперативного родоразрешения. Статистика и опыт работы немалолетно убеждают нас в том, что с увеличением числа кесаревых сечений следуют увеличение кровопотерь, оперированные матки, рост ГСИ, перитонитов после него. А далее, как показывает практика, растет синдром тазовых болей, аденомиоз, длительная и подчас безуспешная гормональная терапия и учащение гинекологических операций, связанных с перенесенным кесаревым сечением, и другие осложнения. Ради чего предпринима-*

*ется оперативный путь родоразрешения? Конечно, всегда ради благородной цели - дать женщине здорового ребенка и ради ее здоровья.*

*Я преклоняюсь перед предвидением моего Учителя профессора А.С. Слепых, который писал, что разрешение многих социальных проблем и профилактическое направление в медицине приведут к тому, что исчезнут многие из тех причин, которые заставляют прибегать к кесареву сечению. Но для этого очень нужно, чтобы не плодилась армия "лапаротомистов", а умножалось число настоящих акушеров - думающих, взвешивающих все "за и против". Хотелось бы, чтобы очень умное выражение Вальтера Штеккеля, приведенное в статье В.В. Абрамченко, чаще читали начинающие акушеры. Оно как холодный душ освежает голову и заставляет ходить по земле, а не витать в облаках, да еще с короной на голове.*

*Совсем недавно я благодарил своих учителей и судьбу, что у пациентки, которой я удалила интерстициально расположенную по задней стенке матки миому величиной с футбольный мяч после 9 лет бесплодия, через 1,5 года провела роды через естественные родовые пути, хотя все время была наготове сделать кесарево сечение. Это было поистине испытание для меня, которое не каждый акушер может выдержать. Второй родившийся у нее ребенок, а также очень много таких же случаев подтвердили мои мысли: мои учителя меня научили оперативной технике, предупреждающей несостоятельность швов на матке, научили акушерскому предвидению и терпению, позволяющему мне клинически оценить течение родов, а мой опыт позво-*



лял в любой момент включиться и сделать все, что было бы необходимо. Я была поистине счастлива вместе с пациенткой.

В.В.Абрамченко в своей статье отмечает абсолютным показанием родоразрешение кесаревым сечением при тазовом предлежании. Нам представляется, что американская статистика, дающая 83% оперативного родоразрешения женщин с тазовым предлежанием, тоже высока. При наличии зрелых родовых путей, некрупном плоде, у повторнородящих, с целым плодным пузырем, при хорошем темпе родов, плоде женского пола роды могут пройти *per vias naturales*.

Диспропорция между размерами таза и головки плода является довольно частым показанием для оперативного родоразрешения, и это справедливо. Важно здесь только следующее: возможности пельвиографии в конце беременности и определение массы плода могут обусловить прогнозирование планового оперативного родоразрешения. При развитии клинического несоответствия кесарево сечение должно быть произведено своевременно, до появления симптомов угрожающего разрыва матки.

Шестое положение статьи профессора В.В.Абрамченко об увеличении числа детей с неврологической симптоматикой после родов через естественные родовые пути вызывает также тревогу. Центры пренатальной диагностики, возможности ультразвукового сканирования с доплерометрией, кардиомониторинг в родах - вот тот арсенал способов и средств слежения и решения вопроса о родоразрешении. Конечно, длительно существующая фетоплацентарная недостаточность при наличии гипотрофии плода должны перевешивать чашу весов в пользу оперативного родоразрешения. Опыт МОНИИАГ и данные В.И.Краснопольского и Л.С.Логутовой свидетельствуют о том, что у 81% пациенток можно добиться компенсации ФПН и родоразрешения через естественные родовые пути.

Большой проблемой является

родоразрешение после перенесенного кесарева сечения. Был период, когда у акушеров был на эту тему четкий постулат: "первое кесарево сечение - второе всегда". Жизнь показала, что догмы здесь не должны быть. Мы согласны с абсолютными показаниями, такими как рубец после корпорального кесарева сечения, два и более рубца на матке, несостоятельность рубца, предлежание плаценты к рубцу. Все остальные показания являются относительными и оцениваться должны комплексно с учетом всех индивидуальных особенностей беременной (ее анамнеза, показаний к предыдущему кесареву сечению, послеоперационного течения, состояния рубца, течения настоящей беременности и т.д.). А если уж по относительным показаниям мы склоняемся в сторону операции, то кесарево сечение должно быть обоснованным и "запланированным", и мы солидарны с коллегами, что при этом присутствует фактор родового стресса, улучшающий исход оперативных родов для новорожденного, особенно при недоношенной беременности.

Мы не согласны с рекомендациями использования в родах с рубцом на матке утеротоников (окситоцина) - это опасно и не следует рекомендовать в широкую практику, так как незаметные симптомы угрожающего разрыва в родах могут быть "завуалированы" усилением родовой деятельности, легко угрожающий разрыв может перейти в совершившийся со всеми тяжелыми последствиями. Я думаю, что опытные акушеры-гинекологи уже давно пришли к мысли о том, что около 70% женщин после предыдущего кесарева сечения могут рожать через естественные родовые пути. Опыт и статистика ведущих учреждений свидетельствуют об этом.

Заслуживают одобрения выработанные годами показания к кесареву сечению в Институте им. Д.О.Отта при недоношенной беременности: 49% оперативных родоразрешений в 3 раза снижают перинатальную смертность. От-

работанные показания и противопоказания к оперативному родоразрешению в сочетании с вертикальным разрезом матки в области нижнего сегмента направлены на уменьшение травматизации недоношенного плода. Это еще один путь оптимизации оперативного родоразрешения и снижения перинатальных потерь.

Интерес к наружному повороту плода при доношенной беременности вновь приобретает свою значимость, как один из способов снизить частоту кесарева сечения при тазовом предлежании. В Швеции этот способ довольно часто и успешно используют при зрелом плоде при сроке беременности 37 - 38 недель на фоне применения бета-миметиков и при нормальном тоне матки, проводя при этом мониторинг с доплерометрией, анализом кардиотокограммы, биофизического профиля плода, пульсовой оксиметрией.

Точно также перспективными путями снижения частоты кесарева сечения является изыскание новых методов подготовки беременных к родам, внедрением простагландинов, бета-адреномиметиков и блокаторов кальциевых каналов, ламинарий, расширение показаний к индукции родов со стороны как матери, так и плода, рекомендуемые В.В.Абрамченко, только, конечно, не при отслойке плаценты.

Уменьшение частоты оперативного родоразрешения может решаться только в комплексных диагностических оценках течения беременности и состояния внутриутробного плода на основе новых технологий, использования всего арсенала средств для подготовки и индукции родов, лечения ранних симптомов фетоплацентарной недостаточности, гипоксии и гипотрофии плода, аномалий родовой деятельности при оценке мониторинга и самое главное - повышения уровня профессионализма акушеров-гинекологов.