

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

Сурхаева Алина Вадимовна

студент, Северо-Осетинская государственная медицинская академия РФ, г. Владикавказ

Попова Лариса Суменовна

научный руководитель, доцент кафедры акушерства и гинекологии № 1, Северо-Осетинская государственная медицинская академия РФ, г. Владикавказ

Аннотация. Научный прогресс, социальные и культурные изменения и, в частности, изменения в законодательстве привели к фундаментальному изменению отношения к абдоминальному родоразрешению среди пациентов и врачей. Фактически, консенсус в отношении показаний к кесареву сечению изменился во многих странах. В настоящее время показанием к абдоминальному родоразрешению, включая психосоциальные факторы, такие как беспокойство по поводу самопроизвольных родов или желание матери об оперативном родоразрешении при отсутствии каких-либо медицинских показаний окончательно не определено. Тем не менее, причины все более либерального отношения к кесареву сечению разнообразны и не всегда легко различимы.

Abstract. Scientific progress, social and cultural changes and, in particular, changes in legislation have led to a fundamental change in the attitude towards Caesarean section among patients and doctors. In fact, the consensus regarding Caesarean section indications has changed in many countries, now including psychosocial factors such as anxiety about childbirth or even the mother's desire to have a caesarean section in the absence of any medical indications. Nevertheless, the reasons for the increasingly liberal attitude towards Caesarean section are diverse and not always easily distinguishable.

Ключевые слова: кесарево сечение, токофобия

Keywords: caesarean section, tokophobia

В последние годы рассматривается ряд факторов, которые могут повлиять на увеличение частоты кесаревых сечений. Изменение профилей риска среди все более пожилых первородящих часто называют причиной увеличения числа кесаревых сечений (1– 4). Увеличение числа материнских запросов на кесарево сечение также играет определенную роль. Однако рост частоты абдоминального родоразрешения не следует рассматривать в отрыве от изменений в обществе. Напротив, финансовые, социальные и культурные факторы играют немаловажную роль. Эти факторы, взятые вместе с общественным мнением о том, что кесарево сечение в настоящее время является якобы практически безрисковой процедурой, вполне могут способствовать увеличению числа оперативных родоразрешений (5).

Однако при таком подходе упускается из виду тот факт, что кесарево сечение является хирургической процедурой с многочисленными потенциальными осложнениями как для матери, так и для ребенка. Помимо интраоперационных рисков (т.е. инфекции, повреждений органов или необходимости переливания крови), после родов может возникнуть множество побочных эффектов: например, тромбоз эмболические осложнения. В частности, следует

упомянуть осложнения, связанные с более поздними сроками беременности: разрыв матки, при последующих беременностях, аномалии прикрепления плаценты, такие как предлежание, вращение или сращение плаценты.

Показания

Решение о проведении кесарева сечения основывается в первую очередь на вопросе о том, что лучше для жизни матери и ребенка или может спасти их. Таким образом, показания к кесареву сечению можно разделить на абсолютные и относительные. Плановое кесарево сечение, выполняемое исключительно по желанию матери, без каких-либо медицинских показаний, считается отдельным показанием.

Абсолютные показания

1. Абсолютная диспропорция: малый таз матери, делающий невозможными вагинальные роды
2. Деформация таза матери: анатомический порок развития, делающий невозможными вагинальные роды
3. Эклампсия и синдром HELLP: опасные для жизни осложнения беременности, требующие быстрого родоразрешения, что возможно только при кесаревом сечении
4. Гипоксия плода
5. Предлежание пуповины при целом плодном пузыре или выпадении пуповины при отхождении околоплодных вод
6. Полное предлежание плаценты: аномальное положение плаценты, препятствующее вагинальным родам (или частичное предлежание плаценты при наличии кровотечения)
7. Неправильное положение и предлежание плода, которая делает невозможным вагинальное родоразрешение живым плодом

Относительные показания

1. Отсутствие прогресса в родах (длительные роды, вторичная остановка): Задержка родов или прекращение родов может привести к неблагоприятному исходу для плода или новорожденного
2. Предыдущее кесарево сечение: Широко распространено мнение, что однократное кесарево сечение делает невозможными вагинальные роды при последующих беременностях

Кесарево сечение по просьбе матери

Кесарево сечение по требованию матери — плановое кесарево сечение при отсутствии каких—либо медицинских или акушерских противопоказаний для попытки вагинального родоразрешения - является наиболее часто упоминаемой причиной увеличения частоты кесаревых сечений (6, 7). Безусловно, в последние годы увеличилось число матерей, выражающих желание провести родоразрешение кесаревым сечением на основании предполагаемых преимуществ по сравнению с вагинальным родоразрешением. Обоснованием данного решения матери, как правило, является сетевая информация о возможных рисках естественных родов, распространенных не всегда профессионалами.

И недавно введенный термин “токофобия” как раз используется для описания данного состояния. А именно, сильного страха самопроизвольных родов.

Когда-то кесарево сечение считалось средством защиты от недержания мочи после естественных родов (8). Тем не менее, исследования все еще противоречивы (9), с небольшим количеством доказательств такого защитного эффекта. В настоящее время плановое кесарево сечение не рекомендуется при этом показании (10).

Несомненно, существуют систематические психосоциальные различия между женщинами, которые просят о кесаревом сечении, и теми, кто желает вагинальных родов (11). В дополнение к страху перед родами вагинально, существует также связь с многочисленными

другими факторами, такими как страх осложнений для ребенка, предыдущие травматические роды, депрессия, жестокое обращение и другие психосоматические / психиатрические причины. Страх отсутствия поддержки, неуверенности в себе и способности пройти через вагинальные роды и даже неразрешенный психосоматический или сексуальный конфликт, наряду со страхом потери контроля, также могут сыграть свою роль и укрепить решение сделать выбор в пользу кесарева сечения (6, 7, 12).

Кесарево сечение — альтернатива самопроизвольным родам?

Сегодня кесарево сечение рассматривается в некоторых медицинских и юридических кругах специалистов как альтернатива самопроизвольным родам. Тем не менее, кесарево сечение остается хирургической операцией и, как таковое, также имеет побочные эффекты (5, 13, 14, 15). Первичное сечение увеличивает частоту разрыва матки, предлежания или сращения плаценты и даже внематочной беременности — всех осложнений, которые могут повлиять на последующие беременности (16, 17).

Таблица 1.

Осложнения при родоразрешении с помощью кесарева сечения*

	Осложнения
Интраоперационные осложнения	Инфекции
	Повреждение органов (мочевой пузырь, кишечник, моче...
	Риски, связанные с анестезией
	Необходимость переливания крови
	Гистерэктомия как способ лечения сильного кровотечения, например, из предлежания плаценты
Послеоперационные осложнения	Тромбоэмболические осложнения (эмболия, тромбоз)
	Спайки
	Постоянная боль
Риски для последующих беременностей	Задержка внутриутробного развития и преждевременные роды
	Самопроизвольный аборт
	Внематочная беременность
	Мертворождение
	Разрыв матки
	Бесплодие
	Предлежание, вращение или сращение плаценты и связанные с ними риски, например, необходимость переливания крови и гистерэктомии

Хотя есть информация о возможных осложнениях при абдоминальном родоразрешении, как для матери, так и для плода частота кесарева сечения по требованию матери продолжает расти. Заболеваемость матерей при плановом кесаревом сечении лишь немного выше, чем при вагинальных родах (18), а операционные риски даже вдвое ниже, чем при экстренном кесаревом сечении (19– 21).

Новорожденные, родившиеся с помощью планового кесарева сечения, имеют более высокий риск респираторных осложнений, таких как респираторный дистресс-синдром или временное тахипноэ новорожденного. Как правило, симптомы имеют тенденцию быть умеренными и самоограничивающимися, хотя многих младенцев приходится помещать в отделение для новорожденных для краткосрочного наблюдения.

Другим осложнением, которое может возникнуть после кесарева сечения, являются трудности с кормлением грудью. Однако между многочисленными исследованиями, которые были проведены в настоящее время, существуют несоответствия, поскольку некоторые из них сообщают об отсутствии связи между кесаревым сечением и грудным вскармливанием (22, 23– 25), тогда как другие демонстрируют явный негативный эффект (26, 27). Вероятно,

определенную роль играет задержка во взаимодействии матери и ребенка, вызванная необходимостью госпитализации ребенка в отделение для новорожденных, или из-за их пространственного разделения. Однако эта отсроченная связь матери и ребенка, по-видимому, не оказывает влияния на частоту или продолжительность грудного вскармливания после выписки из больницы, особенно если мать получает достаточный совет и поддержку после кесарева сечения.

Заключение

Кесарево сечение - это хирургическая процедура, которая может привести к многочисленным осложнениям как у матери, так и у ребенка. Исследование ВОЗ о неблагоприятных исходах для матери и плода показало, что кесарево сечение связано с повышенным риском как для матери, так и для ребенка. По этой причине кесарево сечение не может рассматриваться как равноценная альтернатива самопроизвольным родам, и к нему следует относиться с осторожностью. Абдоминальное родоразрешение следует проводить только при высоком риске здоровья матери или ребенка при родах *per vias naturales*.

Список литературы:

1. Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89:49-53. [PubMed] [Google Scholar]
2. Franz MB, Husslein PW. Obstetrical management of the older gravida. *Womens Health (Lond Engl)* 2010;6:463-468. [PubMed] [Google Scholar]
3. Briand V, Dumont A, Abrahamowicz M, Traore M, Watier L, Fournier P. Individual and institutional determinants of caesarean section in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
4. Guihard P, Blondel B. Trends in risk factors for caesarean sections in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future. *BJOG.* 2001;108:48-55. [PubMed] [Google Scholar]
5. Belizan JM, Althabe F, Cafferata ML. Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiology.* 2007;18:485-486. [PubMed] [Google Scholar]
6. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ.* 2007;335 [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
7. Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86:451-456. [PubMed] [Google Scholar]
8. Nygaard I. Urinary incontinence: is cesarean delivery protective? *Semin Perinatol.* 2006;30:267-271. [PubMed] [Google Scholar]
9. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv.* 2004;59:601-616. [PubMed] [Google Scholar]
10. Веснес С.Л., Лосе Г. Профилактика недержания мочи во время беременности и в послеродовой период: обзор. *Int Urogynecol J.* 2013;24:889-899. [PubMed] [Google Scholar]
11. Martini J, Weidner K, Hoyer J. Angststörungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie.* 2008;2:207-215. [Google Scholar]
12. Уокер С.П., Маккарти Е.А., Угони А., Ли А., Лим С., Пермезель М. Кесарево сечение или

вагинальные роды: обзор пороговых значений для пациенток и клиницистов. *Акушер-гинеколог*. 2007;109:67-72. [PubMed] [Google Scholar]

13. Бетран А.П., Мериалди М., Лауэр Дж.А. и др. Частота кесаревых сечений: анализ глобальных, региональных и национальных оценок. *Детская перинатальная эпидемиология*. 2007;21:98-113. [PubMed] [Google Scholar]

14. Белизан Дж.М., Кафферата МЛ., Альтабе Ф., Бюкенс П. Риски выбора пациентом кесарева сечения. *Роды*. 2006;33:167-169. [PubMed] [Google Scholar]

15. Альтабе Ф., Соса С., Белизан Дж.М., Гиббонс Л., Жакериоз Ф., Бергель Э. Частота кесаревых сечений и материнская и неонатальная смертность в странах с низким, средним и высоким уровнем дохода: экологическое исследование. *Роды*. 2006;33:270-277. [PubMed] [Google Scholar]

16. Гиллиам М. Кесарево сечение по запросу: репродуктивные последствия. *Semin Perinatol*. 2006;30:257-260. [PubMed] [Google Scholar]

17. Хемминки Э. Влияние кесарева сечения на будущую беременность — обзор когортных исследований. *Эпидемиология в педиатрии*. 1996;10:366-379. [PubMed] [Google Scholar]

18. Ханна МЕ, Ханна У.Дж., Хьюсон С.А., Ходнетт Э.Д., Сайгал С., Уиллан А.Р. Плановое кесарево сечение в сравнении с плановыми вагинальными родами при тазовом предлежании на сроке: рандомизированное многоцентровое исследование. Совместная группа по исследованию тазового предлежания в срочном порядке. *Ланцет*. 2000;356:1375-1383. [PubMed] [Google Scholar]

19. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82:251-256. [PubMed] [Google Scholar]

20. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstet Gynecol*. 2003;102:477-482. [PubMed] [Google Scholar]

21. van Ham MA, van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;74:1-6. [PubMed] [Google Scholar]

22. Хаук Ю.Л., Фенвик Дж., Даливал С.С., Батт Дж. Западноавстралийский обзор моделей начала грудного вскармливания, распространенности и раннего прекращения. *Matern Child Health J*. 2011;15:260-268. [PubMed] [Google Scholar]

23. Кольхубер М., Ребхан Б., Швеглер У., Колецко Б., Фромме Х. Показатели и продолжительность грудного вскармливания в Германии: баварское когортное исследование. *Br J Nutr*. 2008;99:1127-1132. [PubMed] [Google Scholar]

24. Патель Р.Р., Либлинг Р.Р., Мерфи Д.Дж. Влияние оперативного родоразрешения на втором этапе родов на успех грудного вскармливания. *Роды*. 2003;30:255-260. [PubMed] [Google Scholar]

25. Виктория К.Г., Хаттли С.Р., Баррос Ф.К., Вон Дж.П. Кесарево сечение и продолжительность грудного вскармливания у бразильянок. Архидифференцированный ребенок. 1990;65:632-634. [Бесплатная статья о кесаревом сечении] [PubMed] [Google Scholar]

26. Эвер-Хадани П., Сейдман Д.С., Манор О., Харлап С. Грудное вскармливание в Израиле: материнские факторы, связанные с выбором и продолжительностью. *J Epidemiol Community Health*. 1994;48:281-285. [Бесплатная статья о кесаревом сечении] [PubMed] [Google Scholar]

27. Мансбах И.К., Гринбаум К.В., Салкс Дж. Начало и продолжительность грудного вскармливания у израильских матерей: взаимосвязь с курением и типом родов. Soc Sci Med. 1991;33:1391-1397. [PubMed] [Google Scholar]

(По требованию Роскомнадзора информируем, что иностранное лицо, владеющее информационными ресурсами Google является нарушителем законодательства Российской Федерации - прим. ред.)