

*Самигуллина А.Э., Выборных В.А.*

**ЗАМАНБАП АКУШЕРДИКТЕ АБДОМИНАЛДЫК ТӨРӨТҮП АЛУУНУН  
ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ (адабият сереби)**

*Самигуллина А.Э., Выборных В.А.*

**ОСОБЕННОСТИ АБДОМИНАЛЬНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ  
АКУШЕРСТВЕ (обзор литературы)**

*A.E. Samigullina, V.A. Vybornykh*

**KYRGYZ STATE MEDICAL INSTITUTE OF RETRAINING AND ADVANCED  
TRAINING**

УДК: 618.5-089.888.61

*Макалада Кесарев операциясы аркылуу төрөтүп алуунун өзгөчөлүктөрү жана заманбап тенденциялары боюнча адабий маалыматтардын жалпылаштырылган талдоосу көрсөтүлгөн.*

**Негизги сөздөр:** Кесаревче, абдоминалдык операциялык төрөтүп алуу, тобокел факторлору, оордошуулар.

*В статье предоставлен обобщающий анализ литературных данных об особенностях и современных тенденциях родоразрешения путем операции Кесарево сечение.*

**Ключевые слова:** кесарево сечение, абдоминальное оперативное родоразрешение, факторы риска, осложнения.

*The article provides summary analysis of literature data on the features and current trends of delivery by Caesarean section.*

**Key words:** Caesarean section, abdominal operative delivery, risk factors, complications.

Во всем мире отмечается резкий рост количества родов путем операции кесарева сечения (КС). Бразилия, где этот показатель достиг 56%, ввела меры, направленные на то, чтобы избежать необязательных хирургических операций. Эта латиноамериканская страна - мировой лидер по количеству кесаревых сечений, то есть хирургической процедуры, заменяющей естественные роды. По данным ВОЗ более половины всех детей в этой стране с населением 200 млн. человек появляются на свет хирургическим способом. Эта тенденция наблюдается далеко не в одной Бразилии, кесарево сечение – это самая распространенная операция в мире. В России в настоящее время частота КС составляет 16%-30%. Рост КС повышает вероятность развития различных осложнений, что может способствовать нарушениям репродуктивной функции у данных женщин. Во многом степень вероятности наступления осложнений зависит от страны, квалификации медперсонала и современности оборудования. В развитых странах эта опасность минимальна, в отличии от развивающихся стран. Всемирная организация здравоохранения утверждает, что тенденция увеличения абдоминальных родов приобрела глобальный масштаб, при этом причины везде разные [7].

Общая позиция мирового экспертного сообщества в сфере здравоохранения заключается в том,

что оптимальное количество кесаревых сечений - это 10-15% от всех родов в любой стране. После того как ВОЗ установила эти показатели в 1985 году, количество плановых операций стало вызывать вопросы: слишком много - это сколько? Было установлено, что когда 10% всех родов в стране проходят с помощью хирургического вмешательства, уровень смертности среди новорожденных и матерей снижается, так как это означает доступность этой жизненно необходимой операции для большего числа женщин. Однако нет подтверждений тому, что уровень смертности продолжает улучшаться, после того как количество операций переваливает за 15%, как это происходит во многих странах - например, в Бразилии и Доминиканской Республике, где около 56% всех родов теперь проходят в хирургическом отделении, следующие в списке - Египет (51,8%), Турция (47,5%) и Италия (38,1%), которая является рекордсменом по этому показателю в Европе [7].

В зависимости от используемого определения заболеваемости, частота материнских интра- и постоперационных осложнений после кесарева сечения широко варьирует. Проведенное проспективное когортное исследование популяции в Норвегии определило частоту осложнений после родоразрешения операцией кесарева сечения и выявило независимые факторы риска по развитию осложнений. В целом, 21,4% женщин имели осложнения во время и после операции. Наиболее частым единственным осложнением была кровопотеря или трансфузия после итраоперационных осложнений. Пациентки с плановыми операциями имели частоту осложнений 16,3% при сравнении с 24,1% у пациенток с незапланированными операциями. Более высокое число каждого типа осложнений было выявлено в группе с незапланированными операциями, что было значимо для интраоперационных осложнений, кровопотери и эндометрита. Все осложнения были более частыми, если кесарево сечение было выполнено до 30 недель беременности при сравнении с пациентками, родоразрешенными после 30 недель беременности. Кроме этого отмечается высокое число кесаревых сечений, выполненных поздно во втором периоде родов, т.е. акушеры стремятся выбирать абдоминальное родоразрешение, когда влагалищные роды могли бы быть альтернативой [1].

Поскольку сегодня существует правовой кризис в медицине, который очевидно, достиг своего пика, причем как в акушерстве и гинекологии, так и в анестезиологии-реаниматологии, страховые компании уделяют особенно пристальное внимание качеству оказания медицинской помощи в акушерских стационарах. Операции более привлекательны для врачей из-за страха перед юридической ответственностью. Под пристальным вниманием находятся все вопросы, связанные с риском материнской и перинатальной смертности, особенно какова же степень риска материнской смертности или нанесения серьезного вреда здоровью для условно здоровой первородящей женщины при родоразрешении [4].

Именно поэтому многие акушеры считают, что они мало вероятно получают обращение в суд, если выполняют кесарево сечение, и наоборот, акушер может подвергаться критике за непредусмотрительное невыполнение кесарева сечения, которое может быть связано с хорошим исходом для плода [5].

Операция необходима, когда естественные роды несут риск для здоровья матери или плода. Однако в последнее время все больше таких процедур планируются заранее, по просьбе беременной женщины и без каких-либо медицинских показаний. Хирургические роды гораздо удобнее для врачей, которые могут заранее планировать эти процедуры. Вместо того чтобы получать неожиданные звонки от будущих матерей, у которых посреди ночи отошли воды, и потом часами ждать непосредственно родов, гинекологи могут в плановом порядке проводить по нескольким операциям в день.

В настоящее время в странах развивается перинатальное акушерство, особенностью которого является концентрация внимания на обеспечении здоровья плода и новорожденного. Это не означает снижение заботы о здоровье матери, но все чаще оперативное родоразрешение проводится в интересах плода.

Кроме того один из самых высоких уровней необязательных кесаревых сечений наблюдается в Китае, где матери хотят запланировать рождение ребенка на определенную дату, связанную с местными культурными традициями.

Однако абдоминальные роды имеют свои особенности, особое значение в процессе оперативного родоразрешения имеет инфузионно-трансфузионная терапия. Кровопотеря в процессе операции составляет 600–800 мл. Однако потери жидкости во время операции и в послеоперационном периоде складываются из нескольких факторов: ликвидация третьего водного сектора, свойственного беременности, удаление околоплодных вод, потеря жидкости вследствие операционного стресса. Согласно данным Серова В.Н. с соавт. (1997), в целом при кесаревом сечении теряется 6–8 литров жидкости. В случае исходной гиповолемии возможны значительные нарушения микроциркуляции, особенно в пределах операционного поля – кишечника, брюшины, в тканях передней брюшной стенки [2].

Роды с использованием кесарева сечения в Нидерландах от 3-х (прямой риск) до 7-ми (прямой плюс сопутствующий риск) раз опаснее, чем вагинальные. Несмотря на то, что кесарево сечение в наши дни намного безопаснее, чем в прошлом, лучшим способом сократить материнскую смертность является поддержание числа кесаревых сечений на максимально низком уровне [7].

Наиболее значимыми факторами риска развития отсроченных осложнений после кесарева сечения являются обострение хронических инфекционных процессов во время беременности, нарушение сократительной деятельности матки во время родов, низкое расположение плаценты или технические погрешности во время операции.

Основной причиной развития перитонита после кесарева сечения являются прогрессирующий метроэндометрит, метрорфлебит с формированием у 83,5% больных явной и у 14,7% - скрытой несостоятельности швов. Основными факторами, определяющими развитие заболевания, являются вирулентные возбудители (чаще анаэробы), массивная кровопотеря (у 22,2%), погрешности оперативной техники (у 25%), плохая санация матки во время операции с неполным удалением плацентарной ткани (у 25,6%), плодных оболочек (у 22,8% пациенток). Технические погрешности в ходе операции (переход разреза в разрыв на ребро или вниз на шейку матки с последующим наложением дополнительных швов, часто наложенные швы, вызывающие ишемию и некроз нижнего сегмента, затрудненное извлечение плода, ранение мочевого пузыря, мочеточников) все еще остаются одним из основных факторов риска развития гнойно-септических осложнений [3].

В исследованиях Логутовой Л.С. (1996) доказано, что гнойно-септические осложнения кесарева сечения представляют собой значительную акушерскую проблему, так как не имеют тенденции к снижению и занимают одно из первых мест в структуре материнской заболеваемости и смертности. Радзинский В.Е. (1993) утверждает, что это связано с ростом частоты оперативного родоразрешения на современном этапе и отсутствием надежных прогностических критериев и эффективных методов профилактики. По данным различных авторов частота воспалительных осложнений колеблется от 13,3% до 54,3%, у женщин с высоким инфекционным риском она достигает 80,4%, а при сочетании нескольких инфекционных факторов - 91% [6].

Таким образом, в результате системного анализа научных работ, посвященных проблеме кесарева сечения, все еще остается актуальным интерес исследователей к этой важной проблеме. Ученые продолжают получать новые интересные данные по совершенствованию техники наложения шва на разрез матки, пересматриваются показания к абдоминальному родоразрешению и прогнозированию исхода гнойно-инфекционных заболеваний, развивающихся после кесарева сечения.

Однако, несмотря на большое количество работ посвященных данной проблеме остаются вопросы, которые изучены недостаточно полно. При этом в нашей стране остаются неизученными вопросы частоты кесарева сечения в различных регионах страны, определения оптимальной доли операции среди всех способов родоразрешения, необходимости пересмотра относительных показаний к КС, разработки тактики ведения родов у рожениц с рубцом на матке, реабилитации родильниц после кесарева сечения, особенно перенесших в послеоперационном периоде гнойно-воспалительные осложнения.

**Литература:**

1. Hager R.M.E. Осложнения кесарева сечения: частота и факторы риска // R.M.E. Hager, A.K. Daltveit, D. Hofoss, S.T. Nilsen, T. Kolass, P. Oian, T. Henriksen / American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004. - 190: 428-34.
2. Серов В.Н. Кесарево сечение в системе перинатального акушерства // В.Н. Серов/РМЖ, 2004.- №1.- С. 3.
3. Кулаков В.И. Кесарево сечение в современной акушерской практике // В.И. Кулаков, Т.В. Червакова, А.А. Тохиян / Вестник Российской Ассоциации Акушеров-Гинекологов, 1999. - №1. – С. 26-28.
4. Гот И.Б. Оптимизация методов профилактики осложнений эпидуральной анестезии кесарева сечения // И.Б. Гот / Автореф. канд. мед. наук, Москва. – 2007. - 20с.
5. Reisner L. S. Type and screen for cesarean section: a prudent alternative // L. S. Reisner / Anesthesiology, 1983. - №58. - С476-478.
6. Сенчакова Т.Н. Отсроченные осложнения Кесарева сечения (клиника, диагностика, тактика ведения и профилактика) // Т.Н. Сенчакова / Автореф. канд. мед. наук, Москва. – 1997. - 20с.
7. Свиридова О.Н. Осложнения после кесарева сечения // О.Н. Свиридова / Тезисы, ID: 2013-03-257-Т-2062.
8. Самигуллина А.Э., Кушубекова А.К. Метоболизм гомоцистеина и роль гипергомоцистеинемии в развитии невынашивания беременности. Научный журнал «Известия вузов Кыргызстана» №7, 2015. – С. 36-40.
9. Самигуллина А.Э., Тельпизова О.В. Современные аспекты развития диабетической автономной нейропатии. Научный журнал «Наука, новые технологии» №2, 2016. – С. 29-33.

**Рецензент: д.м.н. Рыскельдиева В.Т.**