

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ: ЧАСТОТА, ПОКАЗАНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЯ

Агабабян Л.Р.

Самаркандский государственный медицинский университет

Насимова З.С.

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация: Современная акушерская практика все чаще прибегает к кесареву сечению как альтернативному методу родоразрешения. Эта статья анализирует текущую частоту проведения кесаревых сечений, основные показания к операции и возможные осложнения.

Высокая частота абдоминального родоразрешения является отличительной чертой современного акушерства. В настоящее время частота этой операции неуклонно растет. В Узбекистане за последние 10-15 лет частота ее выросла более чем в два раза, и по данным статотдела РСНПМЦ А и Г и РПЦ в 2022 г составила 18%, достигая в некоторых учреждениях до 35-40%.

Кесарево сечение является одной из наиболее часто выполняемых операций в мире. Частота кесаревых сечений в разных странах варьируется от 15% до более чем 40%, что вызывает озабоченность среди специалистов общественного здравоохранения. Важно понимать, когда и почему принимается решение о проведении кесарева сечения, а также какие факторы способствуют росту его популярности.

Ключевые слова: кесарево сечение, репродуктивное здоровье, частота, осложнения, исходы, беременность..

Целью исследования является оценка тенденций использования кесарева сечения в разных странах и разработка рекомендаций для оптимизации практики с целью улучшения исходов для матери и ребенка.

Кесарево сечение (КС), проводимое по медицинским показаниям, является эффективным методом снижения материнской (МС) и перинатальной смертности (ПС). Однако в последние десятилетия отмечается стабильный рост частоты КС как в экономически развитых, так и в развивающихся странах, что вызывает озабоченность мирового сообщества. Стремление решить все акушерские вопросы с помощью операций оказалось несостоятельным [2]. Современная частота КС в РФ 30% давно исчерпала все возможные резервы своего влияния на уровни МС и ПС, повысив риск развития осложнений самой операции для беременной и плода [3].

Кроме того, как любое хирургическое вмешательство, КС сочетается с возможностью осложнений как в ближайшем, так и отдаленном периоде, что имеет неблагоприятные последствия. Основным способом сохранения фертильности является профилактика



септических послеродовых осложнений. Такая профилактика подразумевает разумное снижение числа КС [4].

С учетом не имеющей тенденции к снижению частоты преждевременных родов (ПР) актуальной остается проблема абдоминального родоразрешения при ПР. В структуре показаний к абдоминальному родоразрешению преобладают таковые у матери. Наиболее частые из них — кровотечения и преэклампсия. На втором месте стоят показания у плода, общим основанием для которых является снижение родового травматизма незрелого и маловесного плода [5].

В то же время частота КС в группах женщин с ПР, многоплодной беременностью, тазовым предлежанием плода или его поперечным положением существенно не влияет на общую частоту КС из-за малочисленности этих групп [6].

Целесообразность расширения показаний к КС аргументируется тремя целями: снижением ПС, снижением детского, а по мнению некоторых акушеров, и материнского травматизма. Последний аргумент недостаточно убедителен, так как если КС — бережный метод родоразрешения для плода, то для матери, безусловно, является агрессивным [7].

Если в структуре ПС мертворождаемость разделить на анте- и интранатальную гибель плода, то нетрудно заметить, что первая, которая не зависит от метода родоразрешения, в 4—5 раз выше, чем вторая, и на протяжении многих лет не имеет выраженной тенденции к снижению. Снижение ПС, особенно в последние годы, происходит в основном за счет снижения частоты ранней неонатальной гибели новорожденных [8].

Следует отметить, что в части акушерских стационаров невозможно оценить правильность определения показаний к экстренному КС в связи с хаотичностью подходов к определению дозы окситоцина и в принятии решения об экстренном КС при неудачном родоусилении [9].

В современном акушерстве относительные показания к КС необоснованно расширены, а альтернативные методы родоразрешения, в том числе оперативные вагинальные роды, используются редко [10].

Современное акушерство расширяет возможности вагинального родоразрешения беременных с рубцом на матке после КС. Два КС в анамнезе не исключают успеха попытки вагинальных родов. Настойчивое желание женщины родить естественным путем требует уважения и при наличии условий, и в отсутствие противопоказаний должно быть реализовано [11, 12].

Одно из неизбежных последствий необоснованного расширения показаний к КС — увеличение частоты вставания плаценты. К наиболее значимым факторам риска развития указанной патологии относят предшествующие оперативные вмешательства на матке, предлежание плаценты и вставание плаценты в анамнезе [13].

По мнению ряда авторов, одним из главных резервов снижения частоты КС и ПС является запланированное родоразрешение беременных, имеющих высокий риск развития перинатальной и акушерской патологии, и наиболее сильно влияющих на общую частоту КС в клинике. Это женщины с гипертензивными расстройствами при беременности, сахарным диабетом, задержкой внутриутробного развития плода и другими состояниями, от которых зависит благополучие плода. Своевременная диагностика подобных осложнений и родоразрешение с помощью программированных родов снижают не только число КС по экстренным показаниям, но и ПС и распространенность аспирационных синдромов у новорожденных [14].



Каждая четвертая пациентка подвергается оперативному вмешательству неоправданно: эта тактика не снижает перинатальной смертности, тогда как до 15% действительно необходимых КС не выполняется, следовательно, 10% КС можно считать резервом для оптимизации хирургической тактики родоразрешения [15].

В Российской Федерации в последние годы наблюдается снижение МС и ПС, однако одновременно прослеживается устойчивая тенденция к росту частоты абдоминального родоразрешения, которая, по данным ведомственной статистики, в 2021 г. достигла 30,9%.

Для выяснения причин, определяющих частоту КС и поиск эффективных механизмов ее оптимизации, необходим комплекс мероприятий, среди которых одно из первоочередных мест принадлежит выделению (классификации) групп беременных, которые родоразрешаются путем КС. Систематический анализ, проведенный экспертами ВОЗ, показал, что для этой цели наиболее подходит классификация, разработанная М. Робсоном (M. Robson), включающая 10 основных групп [16—18]. Внедрение данной классификации позволяет акушерским стационарам проводить следующее [19]:

- определять и анализировать группы беременных, которые вносят наибольший и наименьший вклад в общую частоту КС;
- сравнивать практику оказания помощи в этих группах в учреждениях, которые имеют лучшие показатели, для внедрения их опыта;
- оценивать эффективность мероприятий, направленных на оптимизацию применения КС;
- оценивать качество оказания медицинской помощи путем анализа результатов родоразрешения в этих группах;
- повышать качество учета данных и осведомленность персонала об их важности, необходимости использования и интерпретации.

Увеличение частоты оперативного родоразрешения создаёт новую проблему - индивидуальный подход к выбору оптимального метода контрацепции у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения с целью наиболее оптимального соблюдения интервала между родами.

Частота абдоминального родоразрешения остается на высоком уровне и не имеет тенденции к снижению. В долгосрочной перспективе это обуславливает увеличение числа ассоциированных с кесаревым сечением осложнений, одним из которых является ниша рубца на матке. Основываясь на ограниченных литературных данных касательно маточной формы вторичного бесплодия у пациенток с нишами, в сочетании с собственными наблюдениями, сделанными во время инструментальных оценок, лапароскопической и гистероскопической метропластики, авторы считают целесообразным обсудить гипотетические механизмы влияния застойного содержимого области ниши на: 1) имплантацию эмбриона в естественных условиях и при проведении программы ЭКО; 2) выживаемость эмбриона (эмбриотоксичность); 3) качество и выживаемость сперматозоидов (сперматоксичность). Также представляется важным оценить психологический фактор, который влияет на снижение фертильности у данной когорты пациенток.

Очень интересное исследование провели американские врачи в отношении перенесенного кесарева сечения и планирования будущих беременностей (Kristen H. Kjerulff et al, Association Between Mode of First Delivery and Subsequent Fecundity and Fertility, JAMA Network Open (2020)). Ученые наблюдали более 2000 женщин, имевших кесарево сечение, в течение трех лет.



Предыдущие исследования показали, что у женщин после КС количество последующих беременностей меньше, чем у женщин после естественных родов. Но в этих исследованиях было не ясно, женщины после операции предпочитают беременеть меньше или не беременеть вообще, или это отдаленные последствия операции на матке, приводящие к понижению фертильности женщин.

Врачи, наблюдавшие участниц нового исследования, проводили опрос женщин каждые полгода, уточняя, предохраняются ли они от беременности. Возраст женщин был от 18 до 35 лет (т.е. были исключены женщины, у которых уже возрастной фактор может быть причиной меньшей плодовитости).

В течение этих трех лет 69% женщин после КС забеременели повторно (после естественных родов забеременели 78% женщин). В группе женщин с КС был меньше уровень вынашивания и рождения живых детей. Конечно, были учтены многие другие факторы, которые могут влиять на зачатие и вынашивание детей, но оказалось, что как раз психологический фактор (страх перед беременностью и возможным повторным КС, болезненный послеоперационный период и т.д.) негативной роли в планировании беременности не играл.

Врачи предположили, что влияние операции на фертильность женщины может иметь разные уровни, т.е. проблема не только в наличии рубца на матке, который может понижать уровень имплантации.

Важнейшим фактором сохранения репродуктивного здоровья женщин, перенесших кесарево сечение, является решение проблемы нежелательной беременности и соблюдения интергенетического интервала. Артифициальный аборт является тяжелейшим физическим, психологическим и гормональным стрессом, приводящим к функциональным и органическим нарушениям в репродуктивной системе (Л.И.Мальцева, 2014г). В этой связи применение контрацепции рассматривается как одно из важнейших направлений в реабилитации женщин после оперативного родоразрешения.

Обязательный элемент сохранности репродуктивного потенциала у женщин после операции КС – обеспечение адекватного интервала между беременностями и родами. Наиболее оптимальный интервал между родами составляет от 3 до 5 лет. Беременность ранее, чем через 2 года даже после естественных родов, сопряжена с высоким риском осложнений: невынашивание беременности, кровотечения, послеродовые и воспалительные заболевания, разрывы матки, материнская смертность [Радзинский В. Е., Ордиянц И. М., Симоновская Х. Ю. Благотворная пауза сложной репродукции. Оптимизация контрацепции после кесарева сечения //StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2014. – №. 1. – С. 37-44.]. Но обеспечение адекватного интервала между беременностями и родами особенно важно для женщин с рубцом на матке ввиду повышенного риска осложнений беременности и родов

Исследование отсроченных осложнений после кесарева сечения проведено Т.Н. Сенчаковой (Московский областной НИИ акушерства и гинекологии Минздрава России) [6]. В процессе исследования установлено, что вторичная несостоятельность швов после кесарева сечения, локальный или тотальный панметрит с абсцедированием клетчатки малого таза развиваются на фоне эндометрита и свидетельствуют о генерализации инфекции. 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. Эффективность лечения больных с отсроченными осложнениями после кесарева сечения определяется ранней диагностикой и активной консервативно-хирургической или хирургической тактикой ведения. Автор отмечает, что сочетание гистероскопии с активным аспирационно-промывным дренированием полости матки позволяет быстрее купировать воспалительный процесс в полости матки, отграничить возможную генерализацию инфекции в отсутствие панметрита, приводит к вторичному заживлению швов на матке или позволяет провести органосберегающие операции.

Надежной профилактикой отсроченных осложнений после кесарева сечения являются адекватная оценка степени инфекционного риска, соблюдение современных технологий операции, ультразвуковой контроль за течением послеоперационного периода, при наличии признаков эндометрита - ранняя активная тактика (гистероскопия в сочетании с активной аспирацией содержимого полости матки). Использование указанной системы диагностики и активной лечебной тактики позволило сохранить матку у 48,1% больных с отсроченными осложнениями после кесарева сечения.

Исследованию перитонита после кесарева сечения посвящено исследование Э.Д. Хаджиевой (Санкт-Петербургская академия постдипломного образования) [9]. Основной причиной развития перитонита после кесарева сечения являются прогрессирующий метроэндометрит, метрофлебит 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).

Раннее (и течение первых 3 сут) и позднее (на 4-7-е сутки после операции) начало перитонита имеет 2 варианта течения: с клинической картиной пареза кишечника (у 70,5% больных) и без пареза кишечника (у 29,5% больных). Перитонит после кесарева сечения, протекающий без пареза кишечника, представляет известные диагностические трудности (у 11,7% больных). Клиническая картина при данном варианте течения не соответствует характеру типичных для разлитого перитонита, воспалительных изменений органов малого таза и брюшной полости, что, очевидно, связано со снижением иммунной реактивности организма в ответ на развитие инфекции. У 63,9% больных перитонит протекает при инфицировании грамотрицательной микрофлорой, патогенным стафилококком, стрептококком. У всех обследованных выделены неспорообразующие анаэробы - *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*. При перитоните, развившемся после кесарева сечения, выражен дефицит Т-системы иммунитета, что проявляется лимфопенией, снижением относительного содержания Т-лимфоцитов. Нарушение в клеточном звене иммунитета и изменение неспецифической резистентности организма способствуют формированию состояния пролонгированной иммуносупрессии, на фоне которой возможно возникновение новых и активация хронических очагов инфекции. У больных в течение всего заболевания имеются выраженные изменения гемостаза, соответствующие I-II фазе ДВС-синдрома с одновременным нарушением антикоагулянтного звена. Стойкая гиперкоагуляция со снижением фибринолиза, наблюдаемая у части больных, позволяет отнести их к группе рожениц с тромбоемболическими осложнениями. Для профилактики эффективно назначение гепарина и токоферола ацетата.



Таким образом, в результате анализа диссертационных работ, посвященных проблеме кесарева сечения, отмечается увеличение интереса исследователей к этой важной проблеме. Получены новые интересные данные по вопросам оптимизации этой операции, совершенствования техники наложения шва на разрез матки, методам диагностики, лечения и прогнозирования исхода гнойно-инфекционных заболеваний, развившихся после кесарева сечения.

Однако, несмотря на большой вклад, внесенный в разработку проблемы кесарева сечения в акушерской практике многие ее стороны являются изученными недостаточно полно. Это относится к изучению частоты кесарева сечения в различных регионах страны в сопоставлении с показателями материнской, перинатальной смертности. Представляет несомненный интерес и имеет большое практическое значение определение оптимальной доли операции среди всех способов родоразрешения. Необходимо пересмотреть относительные показания к кесареву сечению, разработать тактику ведения родов у рожениц с рубцом на матке после перенесенной операции и определить оптимальную частоту родов через естественные родовые пути. В дальнейшей разработке нуждаются вопросы реабилитации родильниц после кесарева сечения, в частности родильниц, перенесших в послеоперационном периоде гнойно-воспалительные осложнения. Мало внимания уделяется вопросам изучения физиологии и патологии новорожденных, родившихся при абдоминальном родоразрешении.

Литература

1. Агабабян Лариса Рубеновна, Гайибов Санжар Салимович, and Носирова Зебо Азизовна. "Особенности течения медикаментозного прерывания беременности у женщин с рубцом на матке" *International scientific review*, no. 2 (33), 2017, pp. 102-103.
2. Агабабян Л.Р., Ахмедова А.Т. Состояние шейки матки у первородящих женщин. <https://www.tadqiqot.uz/index.php/uro/issue/view/560> Том 4 № 4 (2023): Журнал репродуктивного здоровья и уро-нефрологических исследований
3. Агабабян Лариса Рубеновна, Ахмедова Азиза Тайировна, Абдуллаева Лола Мирзатуллаевна, Насирова Зебо Азизовна, and Махмудова Севара Эркиновна. "Негормональная коррекция климактерических расстройств у женщин с эндометриозом" *Вопросы науки и образования*, no. 26 (75), 2019, pp. 77-84.
4. Агабабян, Л. Р., & Хамрокулова, М. Б. к. (2023). Реабилитация женщин после неразвивающейся беременности. *Science and Education*, 4(2), 567–569
5. Ахмедова Азиза Тайировна, Хасанова Гули Ахтам кизи. (2024). Особенности анемии у первобеременных. *Journal of Science-Innovative Research in Uzbekistan*, 2(2), 589–596. Retrieved from <https://universalpublishings.com/index.php/jsiru/article/view/4598>
6. Ахмедова, А.Т., Сайфиева, Н., Холмирзаева, С., & Рахматуллаева, М. (2024). Кесарево сечение при первой беременности. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 4(1 Part 2), 45–52. извлечено от <https://in-academy.uz/index.php/EJMNS/article/view/26289>
7. Волканевский А. В. и др. Сравнение эффективности различных методов обезболивания после операции кесарева сечения: пилотное, рандомизированное клиническое исследование // *Вестник акушерской анестезиологии*. – 2020. – №. 8 (34). – С. 16-22.
8. Гришкин И. В. и др. Кесарево сечение (литературный обзор) // *Многопрофильный стационар*. – 2019. – Т. 6. – №. 1. – С. 129-138.
9. Курцер М. А. и др. Вторичное бесплодие, ассоциированное с нишей рубца на матке после кесарева сечения // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. – 2020. – Т. 19. – №. 5. – С. 95-101.
10. Курбонов Ш. М. и др. МАТЬ И ДИТЯ // *МАТЬ И ДИТЯ Учредители: Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии*. – №. 4. – С. 27-29.



11. Зверко В. Л. и др. Анализ частоты операции кесарева сечения в региональном перинатальном центре //Репродуктивное здоровье. Восточная Европа. – 2020. – Т. 10. – №. 4. – С. 447-457.
12. Мартынов С. А. Дефект рубца на матке после кесарева сечения: диагностика и лечение вне беременности //Гинекология. – 2020. – Т. 22. – №. 3. – С. 6-10.
13. Ножницева О. Н., Беженарь В. Ф. Ниша рубца на матке после кесарева сечения-новая проблема репродуктивного здоровья женщины //Журнал акушерства и женских болезней. – 2020. – Т. 69. – №. 1. – С. 53-62.
14. Садриддинова М., Зиёдуллаева И., Арзиева Г. Б. СТАТИСТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЯ //Инновационные исследования в современном мире: теория и практика. – 2024. – Т. 3. – №. 1. – С. 69-73.
15. Симановска В. С., Каткова Н. Ю. Прегравидарная подготовка пациенток группы риска по преэклампсии: клинический случай //Сборник тезисов 52-й Межрегиональной ежегодной научно-практической конференции студентов и молодых ученых по итогам производственной практики. – 2020. – С. 80-82.
16. ТЕЛЯКОВА М. И. и др. Клинико-anamнестические особенности пациенток с эндометриозом несостоятельного рубца на матке после операции кесарево сечение //Проблемы репродукции. – 2022. – Т. 28. – №. 5. – С. 100-106.
17. Телякова М. И., Михельсон А. А. КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОК С ЭНДОМЕТРИОЗОМ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ //Естественнонаучные основы медико-биологических знаний. – 2021. – С. 125-127.
18. Туракулова И. Э., Худоярова Д. Р. БЕСПЛОДИЕ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ГЕНЕЗА СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ //ВВК 79. – 2020. – С. 958.
19. Харкевич О. Н., Мирон А. И., Голофаст И. Г. Редкий случай диагностики и коррекции маточно-параметрального свища у пациентки через 3 года после кесарева сечения //Наука молодых–Eruditio Juvenium. – 2024. – Т. 12. – №. 1. – С. 85-90.
20. Фомина И. В. и др. Особенности течения беременности и родоразрешения женщин после применения у них программ вспомогательных репродуктивных технологий //Пермский медицинский журнал. – 2021. – Т. 38. – №. 5. – С. 61-69.

