



УДК 618.14-065.85

СОВРЕМЕННАЯ ПРАКТИКА ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ

В.С. ОРЛОВА
И.В. КАЛАШНИКОВА
Е.В. БУЛГАКОВА
Н.В. СУХИХ

*Белгородский
государственный
национальный
исследовательский
университет*

e-mail: Ira_vrach@mail.ru

В статье представлен обзор публикаций иностранных авторов, отражающий современное состояние проблемы за рубежом. Изложены данные о частоте операции кесарево сечение в разных регионах мира. Систематизированы и обобщены сведения, касающиеся наиболее дискутируемых аспектов проблемы: причины глобального увеличения уровня оперативных родов, последствия для здоровья матери и новорожденного, а также пути и целесообразность снижения уровня оперативного родоразрешения. Освещены три группы причин: изменение демографической характеристики популяции современных беременных и рожениц; медицинские причины, связанные с ухудшением здоровья и ростом акушерских осложнений; а также немедицинские причины в виде предпочтений оперативных родов со стороны женщины или врача. Представлена точка зрения специалистов ВОЗ и международной ассоциации акушеров-гинекологов на оперативное родоразрешение без медицинских показаний.

Ключевые слова: частота, причины, осложнения кесарево сечение, повторное кесарево сечение

Операция кесарево сечение (КС) вошла в акушерскую практику около 1916 года, но вплоть до 70-х годов применялась как крайняя мера лишь при клинически узком тазе из-за частых и тяжелых осложнений у матери. Так, в 1937 году в городской больнице Бостона на долю КС приходилось около 3% родов, а материнская послеоперационная летальность достигала 6% [цит. 14]. После 70-х годов частота оперативного родоразрешения начала возрастать быстрыми темпами. Этому способствовало много факторов, среди которых важную роль сыграли совершенствование медицинских технологий и хирургических методов. Развитие самостоятельной службы анестезиологии и производство антибиотиков сделали КС более безопасным. Поэтому в течение последних 30 лет доля КС в рождении человека, согласно данным ВОЗ, повысилась во всем мире, достигнув максимального уровня в текущем десятилетии, и приблизилась к 25-30% в экономически развитых странах. В Европе в 2002 году показатель абдоминальных родов колебался от 6,2 до 36%, составляя в среднем 19%, в последующие годы показатели неуклонно росли в большинстве стран Европейского региона [7]. В США уровень КС вырос от 20,7% в 1996 году до 31,1% в 2006 году и является в настоящее время наиболее распространенной операцией у женщин [18, 24, 25, 26]. По данным общества акушеров-гинекологов Канады частота КС в 1940-1950-х годах составляла 5%, в конце 1970-х годов – 15%, в 2009 году – 26,8% с колебаниями на отдельных территориях от 20,2% до 31,5%, по отдельным клиникам – от 21,4% до 37,8% [8]. В Австралии уровень КС в 1998 году составлял 21%, в 2007 году – почти 31% [22, 34]. Рекордные показатели частоты КС регистрируются в странах Латинской Америки, составив в 2003 году в частных больницах более 50%. В Мексике уже в 1992 году доля КС достигала 40% в государственных больницах и более 70% в частных клиниках [37]. При этом многие исследователи утверждают, что высокий уровень КС не является абсолютным показателем доступности и высокого качества медицинского обслуживания [5, 16, 20, 38, 39]. В экономически развитых странах рост КС сопровождался снижением материнской, но самое главное, перинатальной смертности. Поэтому в 1985 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), основываясь на отчетах стран, в которых на тот момент был самый низкий показатель перинатальной смертности, рекомендовала в качестве оптимального показателя на национальном уровне государств 10-15% [16]. Однако, в мире ещё много стран, в которых частота КС не достигает 10% – нижнего предела, рекомендуемого ВОЗ. Во многих развивающихся странах Центральной Африки, где материнская смертность достигает 1000 на каждые 100000 родившихся живыми, оперативное родоразрешение недоступно даже при наличии жизненных показаний со стороны матери, составив среди беднейшего населения 1-5% [10, 31]. ВОЗ провела анализ КС за 2008 год по 137 странам из 192 государств-членов Организации Объединенных Наций. Установлено, что ежегодно в мире выполняются приблизительно 18,5 миллионов операций КС. В 54 (40%) странах, где родоразрешаются 77 миллионов женщин (60% общего количества рождений во всем мире), ежегодно выполняется 4,5 млн. КС (25% от всех операций, выполняемых в мире), в 69 (50%) странах, на которые приходится 48,4 (37,5%) млн. рождений, выполняются 13,5 (73%) млн. операций. Следовательно, в 54-х странах мира уровень КС составляет менее 10% (в среднем 5,8%,



что почти в 2 раза меньше рекомендуемой ВОЗ нижней границы), а в 69 странах – более 15% (в среднем 27,9%, что почти в 2 раза выше рекомендуемой верхней границы). Только в 14 (10%) странах уровень КС составляет 10-15%, соответствующая рекомендациям ВОЗ. Подсчитано, что в 54 странах с низким уровнем КС, среди которых 68,5% представлены государствами Африки и 29,6% Азии, для снижения перинатальной смертности ежегодно необходимо дополнительно выполнять 3,2 млн. КС, в то время как в Китае и Бразилии почти 50% операций проводятся необоснованно. В общей сложности в мире выполняются без медицинских показаний 6,2 млн. КС ежегодно, стоимость которых оценивается примерно в 2,32 миллиарда долларов США [15].

Несмотря на высокий уровень КС в Шри Ланка в 2010 году, составивший 33,5%, Goonewardene M. et al. (2012) [17] не обнаружили существенных изменений в показателях перинатальной заболеваемости и летальности, но при этом увеличилось число матерей требующих интенсивного наблюдения и терапии. J. Villar et al. (2006) изучили исходы КС для матери и плода в 8 странах Латинской Америки, охватив 24 географических региона, 120 учреждений разного типа и около 100 тысяч родов, из которых каждые третьи, а в частных клиниках – каждые вторые, закончились операцией. В результате сделаны неутешительные выводы: перинатальные исходы не улучшились по примеру развитых стран, напротив, мертворождаемость повысилась, особенно в случаях оперативного родоразрешения при отсутствии медицинских показаний. Выявлена положительная зависимость между частотой КС и послеоперационными осложнениями, требующими назначения антибиотиков, тяжелой материнской заболеваемостью и смертностью, мертворождаемостью и неонатальной смертностью, временем пребывания новорожденных в отделении интенсивной терапии дольше 7 дней, а также досрочным родоразрешением, которое начинает увеличиваться в диапазоне 10%-20% удельного веса КС [38]. В более поздней публикации авторы показали, что риск лечения антибиотиками после оперативных родов в пять раз выше по сравнению с вагинальными родами [39].

Следовательно, в бедных странах, где основной части населения недоступна специализированная акушерская помощь, на фоне высокой материнской и перинатальной смертности уровень оперативных родов недопустимо низкий. Страны, где показатели КС выше определенного предела, не добиваются пропорционального улучшения показателей, более того, высокий уровень КС может негативно отразиться на состоянии здоровья матери и новорожденного [3, 7, 38]. Глобальное увеличение частоты КС, особенно в странах с высоким уровнем доходов, является предметом дискуссий и дебатов среди медицинской общественности. К обсуждаемым аспектам проблемы относятся: причины роста частоты КС, последствия для здоровья матери и новорожденного, а также пути и целесообразность снижения уровня оперативного родоразрешения, поскольку есть не только противники сложившейся ситуации, но и явные сторонники оперативных родов. Причины увеличения частоты КС многогранны. Среди них можно выделить три группы: изменение демографической характеристики популяции современных беременных и рожениц; медицинские причины, связанные с ухудшением здоровья и ростом акушерских осложнений; а также немедицинские причины в виде предпочтений оперативных родов со стороны женщины или врача. Многие исследователи обращают внимание на постарение в течение последних 20 лет возрастного состава первородящих, изменение характера питания и образа жизни населения, повлекшее увеличение числа женщин с избыточной массой тела и с крупным плодом [6, 32, 40]. В Канаде средний возраст рожениц повысился с 27 лет в 1986 году до 29,3 в 2006 году. Каждая пятая женщина (21%), родившая в 2006-2007 г.г., была старше 35 лет, т.е. роженицы пребывали в возрастном периоде, когда вероятность родоразрешения путём КС повышается примерно на 5% с каждым последующим годом [8]. Удельный вес оперированных среди старых первородящих 30-34 лет вырос с 26,0% до 34,0%, среди женщин 35 лет и старше – с 8,5% до 20,1% [2].

В Шотландии по данным Smith G.C.S. et al. (2008) за период 1980-2005 г.г. доля первородящих 30-34 лет увеличилась приблизительно в 3 раза, 35-39 лет – в 7 раз, 40 лет и старше – в 10 раз. Уровень КС за этот же период вырос более чем в 2 раза. Около 38% из этих дополнительных КС можно было бы избежать, если бы возраст матерей оставался на уровне 1980 года. Авторы выявили прямую связь между возрастом первородящих и частотой экстренных КС, что объяснили биологическим эффектом – ухудшением сократительной способности матки. Выдвинутая гипотеза нашла подтверждение *in vitro* при изучении сократимости миометрия, полученного во время запланированного первичного КС. Очевидно, с возрастом изменяется электрическая активность миометрия в связи с изменением процесса деполяризации мембран или с нарушением проведения импульсов между мышечными клетками вследствие увеличения между ними соединительной ткани. Приблизительно 30% увеличения уровня КС среди повторно рожавших женщин авторы также связывают с увеличением материнского возраста [36].

По мнению Ecker J.L. et Frigoletto F.D. (2007) облик беременных XXI века действительно претерпел существенные изменения. По сравнению с 70-ми годами средний возраст перворо-



дящих увеличился на 3,8 года, число ожиревших за последние 20 лет удвоилось, число родов у матерей 35-39 и 40-44 лет увеличилось на 43% и 62%, соответственно. Кроме того, увеличилось число новорожденных, рожденных преждевременно и маловесных детей, что частично связано с увеличением в 2 раза числа многоплодных беременностей, зачатие которых наступило чаще в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий как необходимой меры у лиц старшего возраста. Все эти изменения связаны с повышенным риском оперативных родов [14]. Среди медицинских показаний к КС во многих странах с высоким уровнем оперативных родов наиболее распространённым в настоящее время является рубец на матке. Например, в Канаде 2008-2009 гг. уровень первичных операций составлял 18,5%, повторных – 82,4% [34]. По данным Национального центра статистики здоровья США прослеживаются 2 причины быстрого роста уровня КС: увеличение первичных операций (с 14,6% в 1996 году до 20,6% в 2004 году) и крутое снижение вагинальных родов после предшествующей операции (с 28,3% до 9,2%). Уменьшение доли вагинальных родов после предшествующего КС подразумевает соответствующее увеличение уровня повторных КС, который достиг почти 91% в 2004, поэтому изречение “однажды кесарево сечение, всегда кесарево сечение” верно, более чем для 90% женщин США с рубцом на матке [24]. В начале 90-х годов прошлого столетия ведущей причиной первичного КС были неправильные положения плода и маточные факторы, к 2005 году на первый план вышли психо-социологические состояния в виде материнского страха перед предстоящими родами или просто желание матери без каких-либо медицинских показаний. Наибольшее число оперативных вмешательств происходит у первородящих матерей одним плодом в головном предлежании при доношенном сроке [13, 30]. V.M. Allen et al. (2010) изучив в одной из провинций Канады тенденции КС за 24 года, установили, что две трети (64,5%) операций КС связаны с тремя группами причин. Операции чаще всего подвергаются первородящие после индукции родовой деятельности при доношенной беременности, повторнородящие, имеющие в анамнезе КС, а также беременные, у которых плод имеет тазовое предлежание. Ни одно из этих показаний не является абсолютным, и родоразрешение возможно через естественные родовые пути [2].

Многие авторы обращают внимание на рост частоты индуцированных родов при доношенной беременности. По разным стационарам Канады частота их составляет от 21% до 36%. Основным показанием для индукции родовой деятельности у нерожавших одним плодом в головном предлежании является перенашивание беременности (50%), преждевременное излитие вод (13%), сахарный диабет (8%) и другие материнские причины. Особое внимание авторы обращают на тот факт, что у 22-32,5% женщин, у которых показанием для индукции было перенашивание, срок беременности на самом деле был меньше 41-ой полной недели, с которой начинается отсчёт перенашивания. На практике нередко бывает невозможно определить точный срок беременности, следовательно, число женщин, которым индукция проводится до фактического срока перенашивания, недооценивается. Что касается нерожавших матерей, индуцированных без медицинских показаний (элективная индукция), доля родоразрешённых до срока перенашивания, достигает 83%, при этом большой процент плодов рождается в асфиксии, с оценкой по шкале Апгар на 5-ой минуте ниже 7 баллов. У первородящих при индуцированных родах оценка независимо от наличия или отсутствия медицинских показаний к индукции уровень КС почти в 2 раза выше, чем в случаях спонтанного начала родовой деятельности [8]. Основанием для КС чаще всего являлись неэффективность родовозбуждения или ухудшение состояния плода. Операции по поводу страдания плода нередко провоцируются неправильной интерпретацией данных кардиотокографии, когда физиологичное стрессовое состояние плода в родах расценивается как страдание. Именно поэтому в последние годы появляются настойчивые рекомендации отказаться от непрерывного мониторинга плода в родах [39].

Экспертиза тенденций в США показала, что уровень КС особенно быстрыми темпами повышается при недоношенном сроке, причём самая высокая частота оперативных родов отмечается в группе глубоко недоношенных младенцев. По данным MacDorman M.F. et al. (2008) в 2005 году удельный вес КС среди родившихся одним плодом до 32-х недель беременности составил 46,8%. Стремительный рост частоты абдоминальных родов при недоношенной беременности наводит на мысль, что КС ведёт к увеличению числа недоношенных детей, хотя на самом деле операция, проведенная по медицинским показаниям, позволяет снизить перинатальную смертность и в частности мертворождаемость среди данной категории плодов, обречённых на гибель [4, 28]. В связи с этим Hankins G.D. et al. (2006) высказали предположение, что родоразрешение всех женщин в США путём планового КС позволило бы предупредить 2 случая мёртворождения на каждую 1000 родов. Около 3% новорожденных, родившихся в тазовом предлежании через естественные родовые пути, страдают родовыми травмами. Поэтому в последние десятилетия врачам рекомендовано шире применять оперативные роды [14].



Начиная с 2004 года, ВОЗ проводит масштабное изучение перинатальных исходов для матери и новорожденного в зависимости от метода родоразрешения на разных континентах. В рандомизированные исследования включаются преимущественно крупные родовспомогательные учреждения с ежегодным числом родов свыше 6000. Анализ более 100000 родов, из которых 27,3% закончились операцией КС, 3,2% – оперативными влагалищными родами, показал, что риск материнской смертности, а также уровень заболеваний, потребовавших перевод в отделение интенсивной терапии, частота гемотрансфузий, гистероэктомий и перевязки внутренней подвздошной артерии самый высокий при оперативных влагалищных родах [23, 33]. Поэтому практически во всех странах снижается частота вагинальных оперативных родов. Так, в США использование акушерских щипцов и вакуум-экстракции сократилось с 9,5% в 1994 году до 5,6% в 2003 году в пользу КС [14].

Однако ни изменившаяся характеристика современных рожениц, ни медицинские показания не могут в полной мере объяснить чрезмерный темп увеличения КС, частота которого растёт, прежде всего, среди женщин низкого риска [24]. Доля операций, выполненных по абсолютным показаниям, невелика и в течение последних 50 лет не претерпела сколько-нибудь значительных изменений. Большинство оперативных вмешательств выполняются по совокупности либо без медицинских показаний [22]. Одной из первых стран, где КС по запросу женщины без медицинских показаний («elective cesarean»), является Бразилия. В частном секторе, который составляет приблизительно четверть всех рождений в этой стране, уровень КС приближается к 80%, в то время как в общественном секторе – 28%, т.е. почти в 3 раза меньше [29]. По мнению отдельных авторов, именно оперативные вмешательства по выбору матери без медицинских показаний явились причиной неимоверно высоких темпов прироста оперативного родоразрешения за короткий период времени. Однако определить долю операций, проведенных без медицинских показаний, фактически не представляется возможным, поскольку КС по выбору матери официально не признано показанием и операции проводятся под маской какого-либо диагноза. Причины этого феномена сложны и включают медицинские, социальные, юридические, культурные, психологические и финансовые аспекты. Мотивацией к оперативным родам со стороны женщины чаще всего является страх перед болью в родах, перед будущей половой дисфункцией, стрессовым недержанием мочи, пролапсом органов малого таза, патологическим состоянием плода в родах, страх перед экстренным вмешательством в виде наложения щипцов, а также удобство [10, 38]. Личная заинтересованность врача в проведении КС, а не родов через естественные родовые пути связана с судебным-медицинским преследованием в случае неблагоприятного исхода родов. В США каждому врачу акушеру в течение карьеры предъявляется в среднем три иска по поводу невыполнения или несвоевременного выполнения операции КС [10]. Операция позволяет избежать многочасовых психологических переживаний за исход родов, поскольку её продолжительность, как правило, составляет менее часа. Наконец, финансовая составляющая для врача более привлекательна при оперативном родоразрешении [10, 38]. При обозначенных преимуществах КС, большинство авторов отмечают повышенный риск серьёзных осложнений для матери, включая сепсис, тромбоэмболические состояния, осложнения наркоза, требующие повторной госпитализации в стационар. Особенно чреваты осложнениями экстренные операции, при которых риск геморрагического шока и гнойно-воспалительных послеоперационных заболеваний повышается в 3 раза, сепсиса – в 12 по сравнению с операцией, выполненной в плановом порядке. Каждая третья женщина в Швеции, у которой было кесарево сечение, сообщила о болях в области послеоперационного рубца в течение 4-8 недель после операции. В Австралии 63% женщин, после экстренного КС и 59% после планового страдали такими же болями в течение 6-7 месяцев, 14% женщин жаловались на недержание мочи спустя 6 лет [цит. 22]. М.А. Kealy и соавт. (2010) [22] взяли интервью, записанное на плёнку, у 32-х женщин, перенёсших КС, в том числе у 12 по жизненным показаниям, у 11 – по совокупности показаний и у 9 – по запросу матери, в разные сроки от 5 месяцев до 7 лет назад. Из них 30 указали на трудности восстановительного после операции периода, в том числе на боли, снижение активности, инфекцию, включая раневую, влагалищное кровотечение и недержание мочи. Изучение исходов КС в Норвегии за 40 лет показало, что данная операция связана с повышенным риском осложнений при последующей беременности и риском отдалённых неблагоприятных последствий для репродуктивной системы женщины, которые увеличиваются пропорционально кратности КС [12]. Приращение плаценты – наиболее распространенное показание к гистерэктомии при КС встречается у 0,24% женщин, оперированных первый раз, и 2,13%, 2,33%, и 6,74%, оперированных соответственно четвертый, пятый, шестой раз и более. Вероятность приращения плаценты особенно велика в случаях её предложения, что объясняется слабой децидуальной перестройкой области нижнего сегмента [1, 35]. Clark E.A.S. et Silver R.M. (2011) [11] на основании анализа более 30 тысяч операций, среди которых 79,4% составили повторные, показали, что среди осложнений наиболее частыми помимо предлага-



ния и/или приращения плаценты являются разрыв матки, повреждения мочевого пузыря, мочеочника или кишечника, гистерэктомии, переливание крови, тяжёлая анемия, осложнения после наркоза, расхождение краев раны, гематомы, тромбоэмболия, послеоперационная лихорадка, длительное пребывание в стационаре, тяжёлые спаечные процессы, смерть. Повторные КС могут явиться также причиной снижения репродукции в виде вторичного бесплодия, внематочной беременности, невынашивания, очень ранних преждевременных родов. Аналогичные выводы сделаны Nisenblat V. et al. (2006) [27], по данным которых частота серьёзных осложнений увеличивается с кратностью КС с 4,3% для второго, до 7,5% – для третьего и 12,5% – для четвертого и более оперативного вмешательства. Поэтому утверждение, что запланированное повторное КС безопаснее пробных родов у женщин с рубцом на матке, не может быть применено к женщинам, которые желают иметь несколько детей.

Родовая травма плода имеет место, как при КС, так и при вагинальных родах, особенно в случаях применения акушерских щипцов или вакуум-экстракции. Внутрочерепное кровоизлияние, являясь редким осложнением при любом методе родоразрешения, в 9 раз встречается чаще при оперативных вагинальных родах по сравнению с плановым КС. Но при нормальном течении вагинальных родов, частота этих осложнений сопоставима с таковой при КС. Аналогичные соотношения выявлены и в отношении травм лицевого нерва и плечевого нервного сплетения. Сепсис новорожденных чаще встречается при затяжных вагинальных родах и является следствием восходящей материнской инфекции и длительного безводного периода (дольше 18 часов), которые регистрируются соответственно в 8 и 6 раз чаще при родах через естественные родовые пути [28]. У новорожденных, извлечённых абдоминально, часто встречается респираторная заболеваемость в виде тахипноэ, респираторного дистресс-синдрома и стойкой легочной гипертензии, требующие оксигенотерапии в момент рождения и в последующем в условиях отделения интенсивной терапии. Основная причина респираторной патологии связана с тем, что при быстром извлечении во время КС плод лишен подготовительного созревания, опосредованного через изменения эндогенных стероидов и катехоламинов, которое происходит в родах. Переход плода к дыханию воздухом представляет собой сложный процесс, требующий согласованности многочисленных процессов. Способность новорожденных к адекватной вентиляции и оксигенации зависит от расправления альвеол и освобождения легких от жидкости, что происходит в момент прохождения плода по родовому каналу (цит. 28). Многие исследователи сходятся во мнении, что новорожденные, извлечённые абдоминально в 37-39 недель, имеют риск респираторных заболеваний в 2-4 раза выше по сравнению с родившимися при вагинальных родах [21], и для снижения ятрогенно обусловленной респираторной заболеваемости рекомендуют проводить плановое КС после 39 недель беременности [28]. В то же время в популяционном ретроспективном исследовании, проведенном в США, где частота повторных КС растёт очень быстро, не выявлено увеличения перинатальной заболеваемости, за исключением более частого поступления в отделение интенсивной терапии новорожденных, родившихся у женщин с 4 или более КС в анамнезе [9].

Международная федерация акушеров и гинекологов (FIGO) ещё в 2003 году определила свою позицию в отношении КС без медицинских показаний, опубликовав «Рекомендации по вопросам этики в акушерстве и гинекологии». КС – хирургическое вмешательство с потенциальными опасностями, как для матери, так и для ребенка, кроме того, оперативное родоразрешение требует больше материальных ресурсов, чем роды через естественные родовые пути. До сих пор нет веских доказательств относительного риска и пользы КС при отсутствии медицинских показаний по сравнению с влагалищными родами. В то же время имеются доказательства большей безопасности для матери и для ребенка в ближайшей и отдалённой перспективе вагинальных родов. Рубец на матке после предшествующего КС является фактором риска для наступления и невынашивания последующей беременности, а также для родоразрешения беременной. Кроме того, есть также естественное беспокойство в связи с тем, что естественный процесс рождения заменён искусственным методом без медицинского оправдания. С позиций общемировых перспектив КС по желанию матери доступны лишь привилегированному меньшинству [10]. В странах Латинской Америки, где показатель КС зашкаливает, метод родоразрешения по сути стал маркером социального статуса семьи. Финансовая сторона вопроса также играет роль в повышении частоты КС. В Бразилии стоимость вагинальных и оперативных родов примерно одинакова, но, сделав несколько операций за смену, врач за короткое время получает большее вознаграждение, чем за ведение одних родов в течение многих часов [16].

В условиях высокой частоты оперативных родов формируется проблема кадровой подготовки специалистов, владеющих искусством ведения вагинальных родов, а тем более при наличии рубца на матке. Выпускники ВУЗов, сразу попавшие в стационар с высокой оперативной активностью, не могут приобрести должных навыков консервативного ведения родов [16].

В связи с изложенными данными, внимание ВОЗ в настоящее время сосредоточено на



стратегии по снижению доли оперативных родов без медицинских показаний, высокая частота которых не обеспечивает дополнительных выигрышей в здоровье, но может увеличить риски для матери, осложнить течение последующей беременности и родов, удорожает расходы здравоохранения. Для снижения уровня КС предлагаются разные пути. В Мексике изучено значение психопрофилактической подготовки и партнёрской поддержки в родах. В группе из 50 первородящих женщин до 25 лет при партнёрской поддержке КС было проведено только одной женщине, в то время как при традиционном ведении родов – двенадцати [37]. Канадские исследователи предлагают провести переоценку показаний и методов индукции родов у первородящих женщин, увеличить частоту вагинальных родов после кесарева сечения, возродить наружный поворот на головку при тазовом предлежании плода [2]. В США, где врач имеет право принять решение в пользу КС [цит. 24], с 1 сентября 2012 года в ряде штатов принят закон, запрещающий делать операцию «по желанию», а также проводить ее ранее 39-й недели беременности, если на то нет серьезных причин.

Таким образом, по данным литературы, абдоминальное родоразрешение в условиях «перинатального акушерства» позволило во многих странах и, прежде всего, в экономически развитых, добиться значительного снижения перинатальной смертности. Вместе с тем серьезные осложнения для матери, равно как и респираторная заболеваемость новорожденных, связанные с оперативным вмешательством, встречаются чаще по сравнению с родами через естественные родовые пути. Следовательно, здравый смысл подсказывает, что КС должно выполняться в тех случаях, когда польза перевешивает риск.

Литература

1. Akram H., Bukhari A.A., Din A.U. Multiple caesarean sections – an association with increasing frequency of placenta praevia // *Biomedica* / – 2009 (Jan. – Jun.). -Vol.25. – P.28 – 31.
2. Allen V.M., Baskett T.F., O'Connell C.M. Contribution of select maternal groups to temporal trends in rates of caesarean section // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* – 2010. – Vol.32, №7. – P.633-641.
3. Althabe F., Sosa C., Belizan J.M. et al. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study // *Birth*. -2006. – Vol.33. – P.270-277.
4. Ananth C.V., Vintzileos A.M. Trends in cesarean delivery for pregnancy and association with perinatal mortality // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2011. – Vol. 204, №6. -P.505-513.
5. Badakhsh M.H., Iran Seifoddin M., Khodakarami N. et al. Rise in Cesarean Section Rate over a 30-Year Period in a Public Hospital in Tehran, // *Arch. Iran. Med.* – 2012. – Vol.15, №1. – P.4-7.
6. Bergholt T. et al. Maternal body mass index in the first trimester and risk of cesarean delivery in nulliparous women in spontaneous labor // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2007. – Vol. 196, №2. – P.163-167.
7. Betran A.P., Merialdi M., Lauer J.A. et al. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates // *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* – 2007. – Vol.21. – P.98-113.
8. Budhwa T., Holmberg V. et al. The birthing review project // *A Report by the Child Health Network for the Greater Toronto Area.* – April 2010. – 60 p.
9. Cheng Y., Nakagawa S., Caughey A. Number of prior cesarean delivery and perinatal outcomes: more is worse? // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – December 2009. – Supplement. – P.214. =148
10. Christilaw J.E. Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate // *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* – 2006. – Vol.94. – P.262-268.
11. Clark E.A.S., Silver R.M. Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery // *Am. J. Obstet. Gynecol.* -2011. – Supplement to December. – 10 p. =151
12. Daltveit A.K., Tollanes M.C., Pihlstrom H, Irgens L.M. Cesarean delivery and subsequent pregnancies // *Obstetrics and Gynecology.* – 2008. – Vol. 111, №6. – P. 1327-1334. =154
13. Denk C.E., Kruse L.K., Jain N.J. Surveillance of cesarean section deliveries, New Jersey 1999-2004 // *Birth: Issues in Perinatal Care.* – 2006. – Vol. 33, №3. – P.203-209.
14. Ecker J.L., Frigoletto F.D. Cesarean delivery and the risk-benefit calculus // *N. Engl. J. Med.* – 2007. – Vol.356, №9. – P.885-889.
15. Gibbons L., Belizan J. M., Lauer J.A. et al. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage // *World Health Report.* – 2010. – 30 p.
16. Giguere R. Social determinants of cesarean deliveries in Latin America: a case study of Brazil // *Center for Global Initiatives.* – 2007, April. – 47 p.
17. Goonewardene M., Kumara D.M.A., Arachchi D.R.J. et al. The rising trend in caesarean section rates: should we and can we reduce it? // *Sri Lanka J. Obstet. Gynaec.* – 2012. – Vol.34. – P.11-18.
18. Hamilton B.E., Martin J.A., Ventura S.J. Births: preliminary data for 2006 // *National vital statistics reports.* – 2007. – Vol. 56, № 7. – 88 p.
19. Hankins G.D., Clark S.M., Munn M.B. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise // *Semin. Perinatol.* – 2006. – Vol.30. – P.276-287.
20. Hong, X. Why is the Rate of Cesarean Section in Urban China so High? Is the Price Transparency Policy Working? [Text] / X. Hong // *J. Health Managementlocalhost.* – 2008 – vol.10. – №1 – P.25-47.
21. Kamath B.D., Todd J.K., Glazner J.E. et al. Neonatal outcomes after elective cesarean delivery //



- Am. J. Obstet. Gynecol. -2009. -Vol.113, №6. – P.1231-1238.
22. Kealy M.A., Small R.E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia // BMC Pregnancy and Childbirth 2010. – Режим доступа: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>.
 23. Lumbiganon P., Laopaiboon M., Gulmezoglu A.M. et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-2008 // Lancet. – 2010. – Vol. 375. – P.490-499.
 24. MacDorman M.F., Menacker F., Declercq E. Cesarean birth in the United States: epidemiology, trends, and outcomes // Clin. Perinatol. – 2008. – Vol.35, №2. – P. 293-307.
 25. Martin J.A., Hamilton B.E., Sutton P.D. Births: final data for 2007 // National vital statistics reports. – 2010. – Vol.58, №24. – 86 p.
 26. Menacker, F., Declercq E., Macdorman M.F. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology // J. Seminars Perinatology. 2006. – Vol.30. – P.235-241.
 27. Nisenblat V., Barak S., Griness O.B. Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries // Obstet. Gynecol. – 2006 – Vol.108, №1. – P.21-26.
 28. Patel R.M., Jain L. Delivery after previous cesarean: Short-term perinatal outcomes // Semin. Perinatol. – 2010. – Vol. 34. №4. – P. 272-280.
 29. Potter J., Hopkins K., Faundes A., Perpetuo I. Women's autonomy and scheduled cesarean sections in Brazil: a cautionary tale // Birth. – 2008. – Vol. 35. – P.33-40.
 30. Robson, M.S. Classification of caesarean sections // Fetal and Maternal Medicine Review. – 2001. – Vol. 12, № 1. -P. 23-29.
 31. Ronsmans C., Holtz S., Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis // Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P.1516-1523.
 32. Rosenberg T.J., Garbers S., Lipkind H., Chiasson M.A. Maternal obesity and diabetes as risk factors for adverse pregnancy outcomes: differences among 4 racial/ethnic groups // Am. J. Public. Health. – 2005. – Vol. 95, №9. -P.1545- 1551.
 33. Rossi A.C., Addario V.D. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. №9 – P.224-231. =228
 34. Rozen G., Ugoni A.M., Sheehan P.M. A new perspective on VBAC: A retrospective cohort study // Women and Birth. – 2011.-№24. – P.3-9.
 35. Silver R.M., Landon M.B., Rouse D.J. et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries // Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 107, №6. – P.1226-1232.
 36. Smith G.C.S., Cordeaux Y., White I.R. et al. The Effect of Delaying Childbirth on Primary Cesarean Section Rates // PLoS Medicine, www.plosmedicine.org.- 2008. – Vol.5, №7. – P.1123-1132.
 37. Trueba G., Contreras C., Velazco M.T. et al. Alternative strategy to decrease cesarean section: support by doula during labor // J. Perinatal Education. – 2000. -Vol.9, №2. – P.89-13.
 38. Villar J., Valladares E., Wojdyla D. et al. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America //Lancet. – 2006. – Vol.367. -P.1819-1829.
 39. Villar, J. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study [Text] / J. Villar, G. Carroli, N. Zavaleta [et al.] // BMJ. – 2007. – Vol.335. – P.1025-1036.
 40. Zhang, J., Troendle J., Reddy U.M. et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States // Am. J. Obst. Gynecol. – October 2010. – Vol. 203, №4. – P.326-336.

THE CONTEMPORARY PRACTICE OF CESAREAN SECTION ABROAD

The article presents an overview of publications by foreign authors that reflects the current state of the problem abroad. The data cover the frequency in Caesarean sections in different regions of the world. The article systematizes and generalizes the information concerning the most discussed aspects of the problem: the causes of the global increase in the level of operational childbirth, the consequences for health of mother and the newborn, and also ways and expediency of decrease in level of a surgical delivery. Three groups of the factors highlights: change of the demographic characteristic of population of modern pregnant women and women in labor; medical reasons related with deterioration of the health and level increase of obstetric complications, as well as non-medical reasons in the form of preferences of operational childbirth from the woman or the doctor. The point of view of specialists of All-Russian health service organization and the Federation International of Gynecology and Obstetrics on an operative delivery given without medical indication.

V.S. ORLOVA
I.V. KALASHNIKOVA
E.V. BULGAKOVA
N.V. SUKHIH

*Belgorod National
 Research University*

e-mail: Ira_vrach@mail.ru

Keywords: cesarean delivery, frequency, causes, complications of cesarean section, Robson classification, repeat cesarean section.