

Чеченина А.А., Полукаров А.Н., Фадеева А.Е., Чеченин Г.И.
*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,
 Зональный перинатальный центр,
 Кустовой медицинский информационно-аналитический центр,
 г. Новокузнецк*

ПОИСК РЕЗЕРВОВ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

В статье анализируются частота и показания к родоразрешению абдоминальным путём в МЛПУ «Зональный перинатальный центр» г. Новокузнецка за период 2007-2010 гг. (период действия материнского капитала и родового сертификата). Отмечается достоверный рост операций кесарева сечения по ряду показаний. Обосновывается целесообразность снижения оперативного родоразрешения, предлагаются потенциальные резервы снижения и пути реализации.

Ключевые слова: роды; показания; абдоминальное родоразрешение; операция кесарева сечения; резервы; снижение; превентивные мероприятия.

Chechenina A.A., Polukarov A.N., Fadeeva A.E., Chechenin G.I.
*Novokuznetsk State Institute of Improvement of Doctors,
 Regional Perinatal Centre,
 Sectional Medical Information-Analytical Centre, Novokuznetsk*

SEARCH OF RESERVES OF DECREASE IN FREQUENCY OF OPERATION CESAREVA OF SECTION

In article of Novokuznetsk during 2007-2010 (the period of action of the parent capital and the patrimonial certificate) are analyzed frequency and indications delivery abdominal by in municipal-treatment-and-prophylactic establishment «Regional perinatal the centre». Authentic growth of operations cesarean sections on a number of indications is marked. The expediency of decrease operative delivery is proved, potential reserves of decrease and a realisation way are offered.

Key words: childbirth; indications; abdominal delivery; operation cesarean section; reserves; decrease; preventive actions.

По данным ВОЗ, оптимальная частота операции кесарево сечение (ОКС) не должна превышать 15 % [1]. В России частота этой операции составляет, в среднем, 15-16 % [2], достигая 30 % и более в крупных акушерских стационарах и перинатальных центрах. Чрезмерное увеличение родоразрешения путем ОКС не всегда благоприятно

сказывается на здоровье матери, плода и новорожденного. В частности, есть публикации о травматическом повреждении плода при ОКС [3-6].

Увеличение ОКС не приводит к существенному снижению показателя перинатальной смертности и порой сопровождается появлением осложнений и ростом материнской заболеваемости и смертности. Кроме того, каждодневная акушерская практика показывает, что после ОКС имеется риск для формирования правильной лактации, что проявляется более поздним ее началом, снижением количества молозива и молока, иногда даже отказом ребенка от процесса сосания (особенно в первые 3-4 дня). Исследователи пробле-

Корреспонденцию адресовать:

ЧЕЧЕНИНА Антонина Андреевна,
 654041, г. Новокузнецк, ул. Кутузова, 25.
 Тел.: +7-923-625-12-97.
 E-mail: nf@ivcgzo.nkz.ru

мы кесаревых сечений отмечают, что проведение анестезии в акушерстве — слишком сложная задача, причем даже в тех случаях, когда беременная здорова и осложнений в течении беременности не было [2, 6-9].

В последнее десятилетие появилось новое понятие — «акушерская агрессия», которая, к сожалению, становится «нормой» ведения беременности и родов.

Сторонники любых проявлений «акушерской агрессии» попирают саму основу акушерской службы — его профилактическую направленность на всех этапах течения беременности и родов; игнорируют классический подход к ведению родов, основанный на физиологических принципах и достижениях современной науки. Главными проявлениями «акушерской агрессии» в акушерском стационаре являются: необоснованное стремление к укорочению родового акта любыми способами; срочное (или плановое) оперативное родоразрешение — в целях того же укорочения длительности родов. Следовательно, показания к этой операции должны быть объективными, а не как следствие предшествующих действий врача. По мнению В.Е. Радзинского, Н.Н. Костина [5], «нельзя оставить без внимания якобы решенный, но вечный вопрос — сколько в среднем должны продолжаться роды. Это вопрос стратегический, и потому неправильные ответы на него влекут за собой цепь неправильных действий».

В действительности, это путь к большинству акушерских осложнений (в т.ч. и для плода), включая необоснованную ОКС вследствие неправильной тактики в самом начале родов или в конце беременности (индукция родов при отсутствии основных признаков биологической «готовности» организма к родам у матери и плода). Ряд авторов указывают на то, что, оперируя первородящую женщину, врач формирует своего рода «банк данных» для повторных операций, обеспечивая, тем самым, фронт работы на будущее, так как беременные женщины с рубцом на матке во многих родильных домах в последние годы, в большинстве случаев, оперируются повторно [1, 7]. В г. Новокузнецке доля абдоминальных родов у таких беременных женщин составляет почти 100 процентов. В настоящее время перечень показаний к ОКС, на наш взгляд, продолжает расти, что подтверждает актуальность исследования по данной проблеме. Поэтому анализ частоты ОКС и показаний к абдоминальному родоразрешению в родильном доме Зонального перинатального центра (ЗПЦ) г. Новокузнецка, обобщение накопленного за многие годы собственного опыта в практическом акушерстве будут полез-

ными для поиска резервов снижения частоты ОКС, что в конечном итоге повлияет на повышение рождаемости здорового потомства.

Цель исследования — провести анализ частоты операций кесарева сечения в родильном доме Зонального перинатального центра г. Новокузнецка в условиях внедрения родовых сертификатов и материнского капитала и определить резервы снижения абдоминального родоразрешения.

Задачи:

1. Определить частоту ОКС в ЗПЦ за период 2007-2010 гг.
2. Выявить основные показания к ОКС.
3. Провести анализ частоты ОКС с учетом плановости и экстренности их выполнения в 2010 году.
4. Определить потенциальные резервы снижения ОКС.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования послужил Клинический родильный дом Зонального перинатального центра, расположенный в крупном промышленном центре Кемеровской области — г. Новокузнецке (население более пятисот шестидесяти тыс. человек). ЗПЦ обслуживает более миллиона человек населения Юга Кемеровской области. Ежегодно в родильном доме регистрируются, в среднем, $2422 \pm 55,78$ родоразрешений. Четырехлетний период (2007-2010 гг.) выбран для анализа не случайно. В этот период внедрены и действуют «родовой сертификат» и «материнский капитал», которые явились, в определенной степени, стимулом к рождению второго и последующих детей, что потребовало оптимизации процесса родоразрешения.

Предмет исследования — случаи родоразрешения с помощью ОКС.

В качестве исходных материалов использовались электронные базы данных (БД): «Рождаемость», «Перинатальная смертность», «Учет и анализ деятельности стационаров» г. Новокузнецка и другие, касающиеся предметной области. Все БД зарегистрированы в Федеральном агентстве по информационным технологиям и поддерживаются в актуальном состоянии в МУ «Кустовой медицинский информационно-аналитический центр». Кроме того, в работе использовались официальные медико-статистические учетные и отчетные документы. Всего за исследуемый период в БД зарегистрировано 9689 родов. Из общего числа отобраны 2507 случаев родоразрешения путем ОКС.

Сведения об авторах:

ЧЕЧЕНИНА Антонина Андреевна, врач акушер-гинеколог высшей категории, МЛПУ «Зональный перинатальный центр», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: hosp7@gorzdrav.nkz.ru

ПОЛУКАРОВ Андрей Николаевич, канд. мед. наук, директор МЛПУ «Зональный перинатальный центр», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: zpc_nvkh@mail.ru

ФАДЕЕВА Анна Егоровна, инженер-математик первой категории, МУ «Кустовой медицинский информационно-аналитический центр», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: nf@ivcgzo.nkz.ru

ЧЕЧЕНИН Геннадий Ионович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой медицинской кибернетики и информатики, ГОУ ДПО «Новокузнецкий ГИУВ Росздрава», г. Новокузнецк, Россия. E-mail: ivc@ivcgzo.nkz.ru

Анализ данных проводился с помощью статистического пакета SPSS (версия 13), рассчитывались средние и ошибка, статистическая достоверность различий (χ^2).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Динамика родоразрешений, в том числе с помощью ОКС, за исследуемый период представлена в таблице 1.

В структуре ОКС по временному аспекту (плановые и экстренные операции) сохраняется преобладание экстренного оперативного родоразрешения над плановым за все годы исследуемого периода; доля экстренных ОКС за анализируемые годы составляет, в среднем, $60,8 \pm 1,9\%$, доля плановых ОКС — $39,2 \pm 1,9\%$, различия статистически значимы $\chi^2 = 57,28$, $p < 0,001$.

Различия по годам и за каждый отдельный год, по сравнению со среднегодовым значением, статистически не значимы для всех видов ОКС.

Среднегодовое число родоразрешений стабилизировалось в пределах 2348-2505, в среднем $2422 \pm 55,78$. Наибольшее число родоразрешений приходится на 2009 год. Частота ОКС сохраняется стабильно высокой, в среднем $25,9 \pm 0,2\%$

В 2008 году наблюдается отклонение от среднегодового показателя, как по числу родоразрешений (меньше на $3,1\%$), так и по доле ОКС, которых больше на $1,3\%$, в том числе плановых (больше на $7,4\%$), и на $4,8\%$ меньше экстренных ОКС.

Такое соотношение соответствует профилю службы родовспоможения, как сугубо экстренной службы. В большинстве случаев беременной женщине предоставляется возможность попытаться использовать свою естественную потребность родить самой. При плановых операциях этого шанса нет: просто выполняется медицински обоснованная, составленная ранее программа (с учетом желания и согласия пациентки).

Наиболее часто встречающиеся показания к ОКС представлены в таблице 2.

При проведении плановых ОКС за 2007-2009 гг. статистически значимо выросла доля следующих показаний (нозологических форм): рубец на матке — на $17,5\%$ ($\chi^2 = 14,34$, $p < 0,001$), экстрагенитальные заболевания — на $10,8\%$ ($\chi^2 = 8,57$, $p = 0,003$), в том числе миопия — на $4,7\%$ ($\chi^2 = 4,15$, $p = 0,042$) и заболевания эндокринной системы ($\chi^2 = 4,58$, $p = 0,032$). Снизилась значимо доля только одной нозологической формы — дистресс плода. За 2007-2009 гг. доля данного показателя снизилась на $4,1\%$ ($\chi^2 = 5,05$, $p = 0,025$). При проведении экстренного ОКС значимо снизилась за 2007-2009 гг. доля тяжелых гестозов — на $2,8\%$ ($\chi^2 = 4,37$, $p = 0,037$).

Из данных, представленных в таблице 2, видно, что за исследуемый период преобладает оперативная активность в отношении беременных и рожениц с оперированной маткой в анамнезе. Рубец на матке в структуре показаний к кесареву сечению в Зональном перинатальном центре г. Новокузнецка занимает первое место и составляет за 2009 г. $26,7\%$ (против $15-23\%$ по данным многих стран). Практически все беременные женщины с рубцом на матке готовятся на повторное (т.е. второе, третье и т.д.) кесарево сечение. Частота повторной операции КС, следовательно, приближается к 100% .

Данный повод ОКС превышает уровень этого показателя в РФ и многих других странах в последние годы. «Рубец на матке в структуре показаний к кесареву сечению во многих странах занимает первое место, составляя $15-23\%$ » [1]. Следует вывод, что имеется явный резерв снижения процента плановых кесаревых сечений за счет рубца на матке в родильном доме МЛПУ «ЗПЦ» г. Новокузнецка.

По мнению В.И. Краснопольского, Л.С. Логутовой и соавторов [7], консервативное родоразрешение у женщин с рубцом на матке вполне возможно при правильной подготовке беременных к родам и настрое исключительно на самопроизвольные роды, т.е. без инвазивных вмешательств. В структуре показаний к плановому кесареву сечению 2-е место занимает экстрагенитальная патология (ЭГП) (табл. 3). Про-

Таблица 1
Динамика родоразрешений и операций кесарево сечение за четырехлетний период

Наименование показателя	2010 г.	2009 г.	2008 г.	2007 г.	Итого	Среднее за 2007-2010 гг.
Всего родоразрешений	2423	2505	2348	2413	9689	$2422,3 \pm 55,8$
Общее количество операций кесарево сечение, в т.ч.:						$626,8 \pm 12,7 (25,9 \pm 0,2)$
- плановых ОКС	242 (38,5 %)	238 (36,8 %)	259 (42,1 %)	243 (39,4 %)	982 (39,17+-)	$245,5 \pm 8,0 (39,2 \pm 1,9)$
- экстренных ОКС	386 (61,5 %)	409 (63,2 %)	356 (57,9 %)	374 (60,6 %)	1525 (60,82+-)	$381,3 \pm 19,3 (60,8 \pm 1,9)$

Information about authors:

CHECHENINA Antonina Andreevna, the doctor accoucheur-gynecologist of the highest category, Regional Perinatal Centre, Novokuznetsk, Russia. E-mail: hosp7@gorzdrav.nkz.ru

POLUKAROV Andrey Nikolaevich, candidate of medical sciences, the director, Regional Perinatal Centre, Novokuznetsk, Russia. E-mail: zpc_nvz@mail.ru

FADEEVA Anna Egorovna, engineer-mathematician of the first category, Sectional Medical Information-Analytical Centre, Novokuznetsk, Russia. E-mail: nf@ivcgzo.nkz.ru

CHECHENIN Gennady Ionovich, doctor of medical sciences, professor, managing chair of medical cybernetics and computer sciences, Novokuznetsk State Institute of Improvement of Doctors, Novokuznetsk, Russia. E-mail: ivc@ivcgzo.nkz.ru

Таблица 2
Структура наиболее часто встречающихся показаний к операции кесарева сечения по данным ЗПЦ за 2007–2009 гг. (% к числу операций)

Нозологическая форма (показатель)	Код МКБ10	2009 г.		2008 г.		2007 г.		Изменение % за 2007–2009 гг.	
		План. КС (абс./%)	Экстр. КС (абс./%)	План. КС (абс./%)	Экстр. КС (абс./%)	План. КС (абс./%)	Экстр. КС (абс./%)	План. КС (абс./%)	Экстр. КС (абс./%)
		1	2	1	2	1	2	1	2
Рубец на матке	O34,2	125/52,5	48/11,7	125/52,5	48/11,7	125/52,5	48/11,7	125/52,5	48/11,7
Нарушение родовой деятельности	O62	-	102/24,9	-	102/24,9	-	102/24,9	-	102/24,9
Несоответствие размеров таза и плода	O33	11/4,6	68/16,6	11/4,6	68/16,6	11/4,6	68/16,6	11/4,6	68/16,6
Неправильное предлежание плода	O32	29/13,1	59/14,4	29/13,1	59/14,4	29/13,1	59/14,4	29/13,1	59/14,4
Дистресс плода	O68	3/1,3	54/13,2	3/1,3	54/13,2	3/1,3	54/13,2	3/1,3	54/13,2
Экстрагенитальные заболевания всего, в т.ч.:	O99	57/23,9	35/8,6	57/23,9	35/8,6	57/23,9	35/8,6	57/23,9	35/8,6
- миопия	O99,8	19/7,9	13/3,2	19/7,9	13/3,2	19/7,9	13/3,2	19/7,9	13/3,2
- заболевание эндокринной системы	O99,2	12/5,0	4/1,0	12/5,0	4/1,0	12/5,0	4/1,0	12/5,0	4/1,0
- сердечно-сосудистые заболевания	O99,4	10/4,2	9/2,2	10/4,2	9/2,2	10/4,2	9/2,2	10/4,2	9/2,2
- заболевания нервной системы	O99,3	8/3,4	3/0,7	8/3,4	3/0,7	8/3,4	3/0,7	8/3,4	3/0,7
- патология дыхательной системы	O99,5	2/0,8	0	2/0,8	0	2/0,8	0	2/0,8	0
- другие (единичные случаи)	O99,1; O99,6; O99,7	6/2,5	6/1,5	6/2,5	6/1,5	6/2,5	6/1,5	6/2,5	6/1,5
ЭКО		19/7,9	7/1,7	19/7,9	7/1,7	19/7,9	7/1,7	19/7,9	7/1,7
Тяжелый гестоз	O14,1	2/0,8	7/1,7	2/0,8	7/1,7	2/0,8	7/1,7	2/0,8	7/1,7
По сумме сочетанных показателей		21	31	21	31	21	31	21	31

Примечание: * различия показателя в 2007 г. и 2009 г. значимы на уровне $p < 0,05$; ** различия показателя в 2007 г. и 2009 г. значимы на уровне $p < 0,001$.

цент кесаревых сечений по показаниям со стороны здоровья женщины вырос с 13,2 % в 2007 г. до 23,9 % в 2009 г., т.е. на 10,7 % (от плановых операций), и с 7,7 % до 8,6 % — от экстренных операций.

Результаты анализа частоты и поводов ОКС за три года (2007–2009 гг.) в ЗПЦ послужили основанием для разработки и внедрения комплекса мероприятий по снижению уровня родоразрешений путем ОКС, реализация которого начата в 2010 году. Поэтому принято решение провести анализ за 2010 год и оценить складывающуюся ситуацию по показаниям к ОКС с началом внедрения мероприятий (табл. 4).

Таким образом, при анализе основных показаний к операции кесарева сечения в 2010 г. приходится констатировать, что, как и в 2009 г., на первом месте это «рубец на матке» (145 сл. — 23 % против 173 сл. — 26,7 % в 2009 г.). Вторую позицию занимает рубрика «преждевременный разрыв плодных оболочек» (ПРПО) — 117 сл. (18,6 %), причем в 85 сл. (72,6 %) этот показатель формулируется как «нарастание длительности безводного периода» или как «длительный безводный период». В остальных 32-х случаях (27,4 %) ПРПО сочетается с другими показаниями к операции, усугубляя тяжесть последних. Третью позицию занимает показатель «несоответствие размеров таза и плода» — 96 сл. или 15,3 % (в 2009 г. 79 сл. или 12,2 %). На четвертом месте находится группа экс-

Таблица 3
Экстрагенитальные заболевания (ЭКЗ) как показание к оперативному родоразрешению кесаревым сечением в ЗПЦ за 2007–2010 гг.

	2010 г.	2009 г.	2008 г.	2007 г.
ЭКЗ как показания к КС:				
- при плановом КС	42 (17,4 %)	57 (23,9 %)	49 (18,9 %)	32 (13,2 %)
- при экстренном КС	36 (9,3 %)	35 (8,6 %)	26 (7,3 %)	29 (7,7 %)
Всего прооперировано по поводу ЭКЗ	78 (12,4 %)	92 (14,2 %)	61 (12,9 %)	61 (9,9 %)

трагенитальных заболеваний: 78 сл. (12,4 %) против 92 сл. (14,2 %) в 2009 г.

Пятая группа показаний к оперативному родоразрешению: «нарушения родовой деятельности» — 67 сл. или 10,7 % (43 сл. или 6,6 % в 2009 г.), причем в 92,5 % они представлены дискоординированной родовой деятельностью.

Следующее (6 место) — «тазовое предлежание» — 56 сл. (8,9 %). Родов в тазовом предлежании через естественные родовые пути — единичные случаи в нашем учреждении в последние годы.

На седьмой позиции — группа ЭКО (вспомогательные репродуктивные технологии) — 41 сл. или 6,5 % (26 сл. или 4,0 % в 2009 г.).

Беременность после применения ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий) все чаще встречается в нашем регионе, и это отразилось на ежегодном увеличении показателя кесаревых сечений по этой причине в акушерском стационаре Зонального перинатального центра, в частности, за 2010 г. — на 2,5 %.

Таблица 4
Основные показания к операции кесарево сечение по данным ЗПЦ за 2010 г.

Код МКБ-X	Нозологическая форма	Число случаев от всех КС	Число случаев от экстренных КС	Число случаев от плановых КС
O82	Всего операций	628 (25,9 %)	386 (61,5 %)	242 (38,5 %)
O34.2	Рубец на матке	145 (23 %)	49 (12,7 %)	96 (39,7 %)
O42	Преждевременный разрыв плодных оболочек всего, в т.ч. как основное показание к КС	117 (18,6 %) 85 (72,6 %)	117 (30,3 %)	-
O33	Несоответствие размеров таза и плода	96 (15,3 %)	61 (15,8 %)	35 (14,5 %)
O99	Экстрагенитальная патология	78 (12,4 %)	36 (9,3 %)	42 (17,4 %)
O62	Нарушения родовой деятельности	67 (10,7 %)	67 (17,4 %)	-
O32.1	Тазовое предлежание	56 (8,9 %)	26 (6,7 %)	30 (12,4 %)
	ЭКО	41 (6,5 %)	16 (4,1 %)	25 (10,3 %)
O43.8	Хроническая ФПН с задержкой			
O36.5	внутриутробного развития и признаками			
O36.3	хронической гипоксии плода всего, в т.ч.:	36 (5,7 %)	18 (4,7 %)	18 (7,4 %)
O14.1	а) на фоне тяжелой формы преэклампсии	6 (1,0 %)	6 (1,6 %)	-
O15.1	б) на фоне эклампсии	1 (0,2 %)	1 (0,3 %)	-
O68	Интранатальный дистресс плода	24 (3,8 %)	24 (6,2 %)	-

Следующая группа показаний к оперативному родоразрешению: «Хроническая фетоплацентарная недостаточность с задержкой внутриутробного развития плода или с признаками хронической внутриутробной гипоксии плода» — 36 сл. (5,7 %), в т.ч. в 7 случаях обусловленная тяжелыми формами гестоза; в 6 случаях — аномалиями плацентации.

Девятую группу показаний к операции КС составил «интранатальный дистресс плода» — 24 сл. (3,8 %), в 10 случаях обусловленный патологическим состоянием пуповины, в 12 случаях — дискоординацией родовой деятельности на фоне преждевременного излития околоплодных вод, в 2 случаях — хронической внутриутробной гипоксией плода.

Операция КС по экстренным показаниям — 386 случаев в 2010 г. Как видно из таблицы, ведущей причиной оперативного родоразрешения по экстренным показаниям выступает «преждевременный разрыв плодных оболочек» — 117 случаев (30,3 %), вследствие чего, как правило, возникают нарушения развития правильной родовой деятельности — и это вторая основная причина окончания родов оперативным путем — 67 сл. (17,4 %). Третья группа показаний к экстренной операции КС в родах — «несоответствие размеров таза и плода» — 61 случай (15,8 %).

Рубец на матке, как показание к экстренной операции кесарева сечения, находится на четвертой позиции — 49 сл. (12,7 %). Экстрагенитальная патология занимает пятую позицию — 36 сл. (9,3 %). Шестая позиция принадлежит тазовому предлежанию плода — 26 сл. (6,7 %). Далее, на седьмом месте, находится «интранатальный дистресс плода» — 24 сл. (6,2 %). Восьмое место — хроническая фетоплацентарная недостаточность, ЗВУР плода с симптомами хронической внутриутробной гипоксии — 24 сл. — 6,2 %. На девятом месте — ЭКО (16 сл. или 4,1 %), когда операция кесарева сечения была предпринята по экстренным показаниям (39 % от всех случаев ЭКО).

Операция КС по плановым показаниям — 242 случая в 2010 г. Первая группа показаний — «рубец на матке» (96 сл. — 39,7 %), т.е. это самая массовая группа, которая представляет ведущее показание к плановому КС. Вторая группа показаний — «экстрагенитальная патология» (42 сл. — 17,4 %); третья группа — «несоответствие размеров таза и плода» (35 сл. — 14,5 %); четвертая группа — «тазовое предлежание» (30 сл. — 12,4 %); пятая группа — ЭКО (25 сл. — 10,3 %); шестая группа показаний — «хроническая ФПН с задержкой внутриутробного развития и признаками хронической гипоксии плода» (18 сл. — 7,4 %).

Имеющаяся структура причин ОКС свидетельствует о наличии весьма значительных резервов по их снижению, что особенно важно в ближайшем будущем в связи с предстоящим сокращением численности женщин репродуктивного возраста.

ОБСУЖДЕНИЕ, ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

«Экспертные оценки специалистов показывают, что каждое четвертое кесарево сечение является результатом акушерской агрессии» [4].

Но основным резервом снижения частоты этой операции все же являются молодые первородящие женщины, состояние их здоровья. Будущая мать сама должна быть вскормлена грудным молоком своей матери, правильно воспитана в плане перспективного материнства на примере своей матери и своей семьи (без всякого принуждения, «давления»), в семье должна быть спокойная, добрая обстановка. Ведь давно известно, что хорошие будущие матери бывают в семьях, где воспитывалось много сестер — это лучшие невесты и жены по жизни.

Вторым резервом является родоразрешение беременных с рубцом на матке, «40-80 % женщин (по данным отечественных и зарубежных акушеров-ги-

некологов, занимающихся проблемой родоразрешения беременных с оперированной маткой) могут рождать самостоятельно» [5].

Главным поводом к оперативному родоразрешению по экстренным показаниям является «преждевременный разрыв плодных оболочек» (О42) и обусловленные этим «нарушения родовой деятельности» (О62). Третья причина операции кесарева сечения (независимо от того, плановая она или экстренная) — это «несоответствие размеров таза и плода» (О33). При родоразрешении беременных с рубцом (рубцами) на матке в плановом порядке регистрируется далеко обгоняющая все остальные показания массовость или распространенность (96 сл. — 39,7 %) этой группы показаний (причём, это преобладание значительное). При этом, все остальные группы показаний к плановому кесареву сечению находятся на средних цифрах (примерно на одинаковых в количественном отношении).

Такое явление, безусловно, нацеливает на поиск резервов снижения частоты оперативного родоразрешения. Эти резервы находятся в обоснованности показаний к повторному кесареву сечению и в физиологическом подходе к ведению родов через естественные родовые пути. На практике повсеместно наблюдаем такое положение, что при наличии рубца (или, тем более, рубцов на матке) даже не ставится вопрос о какой-то доле вероятности родов через естественные родовые пути. При просмотре протоколов повторных операций кесарева сечения, даже при наличии несостоятельности рубца, рубец на матке не иссекается (иссекается только старый кожный рубец).

Обоснование показаний к повторному кесареву сечению должно быть тщательным и включать в себя самые современные диагностические обследования, как аппаратные, так и лабораторные. В нашем учреждении оснащение имеется в полном объёме, но многие параметры исследований востребованы недостаточно, в частности, доказывающие состоятельность послеоперационного рубца на основе последних научных исследований. Ещё одним из резервов снижения ОКС считаем разработку четких показаний родоразрешения в случаях тазового предлежания плода.

Следовательно, вполне обоснован постоянный поиск резервов для снижения частоты операции кесарева сечения. К ним, прежде всего, относится соблю-

дение клинических протоколов, в которых отражен физиологический подход к вопросам родовспоможения. Это, прежде всего:

- критический подход к оценке характера родовой деятельности, памятуя о том, что всегда предпочтительнее правильная профилактика, чем лечение (даже своевременное и качественное);
- необходимо учитывать, что далеко не все экстрагенитальные заболевания являются показанием к оперативному родоразрешению. В последние годы этот показатель быстро увеличивается, хотя достижения медицинской науки колоссальны и имеются различные варианты ведения беременности и родов, особенностей анестезиологических пособий;
- необходимо возродить и правильно комплектовать школы подготовки к родам, не формальный (как в большинстве случаев делается сейчас, ограничившись только записью в обменной карте), а индивидуальный подход к каждой беременной. Считаем целесообразным:
- внедрить систему материального стимулирования врачей женских консультаций и родильных домов за родоразрешение естественным путем;
- отработать и внедрить технологию организации информационной взаимосвязи, в том числе, обратной связи женских консультаций, стационаров родильного дома, территориальной поликлиники;
- особое внимание женских консультаций обратить на правильный настрой женщины на естественные роды, особенно в случаях повторных беременностей после предыдущего оперативного родоразрешения;
- проводить независимую экспертную оценку каждого случая ОКС, а результаты доводить до всех работников службы родовспоможения.

Предлагаемый комплекс превентивных мероприятий требует терпения, трудолюбия, глубоких знаний, человечности и благородства (иначе не воспитаешь и будущих мам, и медицинский персонал), особенно это касается женских консультаций. Сегодня есть все условия для практической реализации предложений: создана организационная структура — перинатальные центры, реализуется программа модернизации здравоохранения, действуют целевые программы. Цель слишком гуманна, чтобы ради этого не потрудиться с чистой совестью и благородным сердцем.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Болотова, О.В. Современные возможности оценки состояния рубца на матке после кесарева сечения /О.В. Болотова //Акушерство и гинекология. — 2009. — № 5. — С. 7-9.
2. Кинжалова, С.В. Анестезиологическое пособие при кесаревом сечении /С.В. Кинжалова //Уральский медицинский журн. Перинатология. — 2010. — № 5. — С. 24-27.
3. О повышении роли службы родовспоможения в сохранении репродуктивного потенциала и рождаемости (на примере ЗПЦ г. Новокузнецка) /А.А. Чеченина, А.Н. Полукаров, Г.Н. Гусятина и др. //Медицина в Кузбассе. — 2009. — Спецвып. № 3. — С. 104-108.
4. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения //Материалы 6-го Российского форума «Мать и дитя». — М.: Меди-Экспо, 2004. — С. 183-184.
5. Радзинский, В.Е. Безопасное акушерство /В.Е. Радзинский, И.Н. Костин //Акушерство и гинекология. — 2007. — № 5. — С. 12-16.
6. Чернуха, Е.В. Травматические повреждения плода при кесаревом сечении и меры их профилактики /Е.В. Чернуха, Л.М. Комиссарова, Е.В. Аняева //Акушерство и гинекология. — 2009. — № 4. — С. 62-63.

7. Родоразрешение беременных с рубцом на матке после кесарева сечения (15-летний опыт) /В.И. Краснопольский, Л.С. Логотова, В.А. Петрухин и др. //Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 33-38.
8. Савельева, Г.М. Достижения и нерешенные вопросы перинатальной медицины /Савельева Г.М. //Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – № 2. – С. 62-65.
9. Филиппов, О.С. Модернизация анестезиолого-реанимационной помощи в акушерстве как фактор снижения материнской смертности /Филиппов О.С., Гусева Е.В. //Акушерство и гинекология. – 2009. – № 5. – С. 52-55.

