

25. Paldanius M., Bloigu A., Leinonen M., Saikku P. // Clin. Diagn. Lab. Immunol. - 2003. - Vol. 10. - Suppl. 1. - P. 527 - 534.
26. Patel T., Pearl J., Williams J. et al. // Respir. Med. - 2000. - Vol. 94. - Suppl. 2. - P. 97-105.
27. Perroud N., Clark G., Reusser P. // Rev. Med. Suisse Romande. - 2002. - Suppl. 11. - P. 527-529.
28. Schanwald S., Kuzman I., Burek U. et al. // Infection. 1999. - Vol. 27. - Suppl. 3. - P. 198 - 202.
29. Shi Y., Xia X., Song Y. // Chin. Med. J. (Engl.). - 2002. - Vol. 115. - Suppl. 2. - P. 184-187.
30. Tanaka T., Nakashima K., Kishimoto H. et al. // Kansenshogaku Zasshi. - 2001. - Vol. 75. - Suppl. 10. - P. 876 - 882.
31. Tong C.Y., Donnelly C., Harvey G., Sillis M. // J. Clin. Pathol. - 1999. - 52(4). - P. 257-263.
32. Tuuminen T., Varjo S., Ingman H. et al. // Clin. Diagn. Lab. Immunol. - 2000. - Vol. 7. - Suppl. 5. - P. 734-738.
33. Wattanatham A., Chaoprasong C., Nunthapisud P. et al. // Chest. - 2003. - 123 Issue Part Suppl. 5. - P. 1512-1519.

Поступила 12.11.04.

УДК 618.5 — 089.888.61

## ВЛИЯНИЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН И ПОТОМСТВО

А.А. Хасанов, Р.А. Валеев

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — докт. мед. наук А.А. Хасанов) Казанского государственного медицинского университета

На современном этапе развития акушерской науки и практики кесареву сечению (КС) в снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности отводится важная роль. Несмотря на несомненные достоинства абдоминального родоразрешения при определенных акушерских состояниях, оно все же является очень серьезным хирургическим вмешательством. Риск материнской смертности при этой операции выше в 10—12 раз, а перинатальной смертности — в 3—6 раз, чем при естественном родоразрешении, чрезвычайно высокой остается и частота асфиксии новорожденного [5].

После КС увеличивается частота токсикоинфекционных осложнений, а также гнойно-воспалительных заболеваний вследствие резкого угнетения общего гуморального и местного иммунитета родовых путей [8]. Появилась проблема “оперированной матки”, так как каждая вторая женщина после КС планирует в дальнейшем родить. В последние годы частота КС имеет стойкую тенденцию к увеличению и составляет по России в среднем 14—16%. Во многих клиниках учреждений России, являющихся коллекторами различной акушерской и экстрагенитальной патологии, она достигает 30% и более. Попытки снижения перинатальной заболеваемости и смертности только путем расширения показаний к абдоминальному родоразрешению себя не оправдали, причем даже в тех родильных домах, где частота КС превышает 40% [7].

Совершенно недостаточно изучены последствия оперативного родоразрешения для матери и плода в зависимости от техники операции, вида анестезиологического пособия. Очень мало данных о состоянии фетоплацентарного комплекса у беременных с рубцом на матке в зависимости от вида, состояния рубца, места расположения плаценты.

Наличие плацентарной недостаточности констатировано в 50% случаев при локализации плаценты на передней стенке матки. Рубец на матке приводит к гипотрофии плода в 22,8% случаев, к

хронической гипоксии плода — в 35% [3]. У беременных с рубцом на матке значительно снижен уровень плацентарных лактогена, эстриола, хорионического гонадотропина, увеличена активность термостабильной фосфатазы в крови.

Путем гистологических анализов доказано, что при наличии рубца на матке изменяется ее гормонально-рецепторный аппарат с последующим дисбалансом стероидных гормонов. Прогестерон-эстрогеновый индекс ниже у рожениц с рубцом на матке и гораздо ниже с несостоятельным рубцом [3]. Это свидетельствует о том, что у рожениц с рубцом на матке высок риск развития угрозы прерывания беременности и слабости родовой деятельности.

Угроза прерывания беременности на разных сроках у женщин с рубцом на матке развивается от 20 до 30% случаев [2, 6, 7, 10]. У женщин с рубцом на матке чаще встречаются ранний токсикоз, анемия, поздний токсикоз, экстрагенитальная патология.

Консервативный родовой процесс является благоприятным стрессом для плода. Во время родов плод испытывает влияние механических и метаболических факторов, на что он отвечает мощным выбросом так называемых гормонов стресса — адреналина, норадреналина, дофамина, кортикотропина, кортизола [11], которые способствуют активации сурфактантной системы легких, мобилизуют энергетические ресурсы, обеспечивают обильное кровоснабжение сердца и головного мозга плода. Активация функции эндокринных систем матери и плода во время физиологических родов улучшает адаптацию новорожденных в неонатальном периоде, что влияет и на дальнейшее развитие ребенка.

Показатели гемодинамики у детей, родившихся путем КС, характеризуются более низкими величинами работы правого и левого отделов сердца, нестабильностью артериального давления, высоким удельным периферическим сопротивлением сосудов. У них наблюдаются более поздние

закрытие артериального протока и меньшие показатели респираторной гемодинамики [1].

У 15,3% детей, рожденных путем КС, уже в периоде новорожденности выявляются неврологические симптомы как следствие перинатального поражения ЦНС [5]. Психовегетативные расстройства у родильниц после КС также возникают чаще, чем после естественного родоразрешения. В последнее время прослеживается тенденция отрицательного отношения к КС самих женщин, которые однажды перенесли эту операцию. Самые частые причины - неблагоприятное в состоянии здоровья после КС, страх перед предстоящими родами, вторичное бесплодие, перевязка маточных труб, экстирпация матки вследствие осложнений во время операции.

Отказ акушеров от проведения консервативных родов после КС продиктован прежде всего страхом перед разрывом матки. Однако частота этого осложнения не превышает 3%, причем риск разрыва матки во время беременности выше, чем во время родов [7].

Очень высока гипердиагностика несостоятельности рубца, вследствие которой частота повторных КС до 50% необоснованно завышена [9]. Считают, что КС в анамнезе не является медицинским показанием к повторному КС более чем у 75% женщин. Совершенно не учитывается и не подсчитана экономическая составляющая КС без четких показаний в России.

К сожалению, в современной акушерской практике создалась ситуация, когда молодого врача легче обучить сделать КС, чем четко определить показания к данной операции [11]. Актуально и в настоящее время высказывание V. Vinter в 1928 г.: "Кесарское сечение применяется уже теперь далеко за пределами научно-обоснованной необходимости, потому что оно не требует терпения..."

Очень важную и неизученную проблему представляет оценка отдаленных последствий КС для матери и плода. По данным Н.М. Корольковой [5], в отдаленные сроки после КС чаще в 1,9 раза, чем после консервативных родов, отмечается неблагоприятное влияние операции на здоровье женщин, в 1,7 раза — нарушение менструальной функции, на 11,9% — уменьшение частоты естественного вскармливания, в 1,4 раза — снижение частоты наступления беременности, в 2,2 раза — возникновение сексуальных проблем.

Обследование детей, родившихся путем КС, показало, что у 15% из них выявлены неврологические нарушения, которые нарастали в течение года, а затем в основном компенсировались. В возрасте 3—5 лет у них начинали проявляться психические нарушения, которые нивелировались к 7 годам. 37,7% детей, родившихся посредством КС, растут болезненными, 30,5% — нервными, раздражительными.

ЭЭГ 76 детей в возрасте 3—5 лет выявила различные отклонения в 69% случаев, ЭХО ЭГ 71 ребенка — нарушение ликвородинамики в 71,8%, краниография 140 детей — признаки внутричерепной гипертензии, гидроцефалии, венозного полнокровия в 48,6%. Вследствие этого дети, рожденные путем КС, в течение первого года жизни подлежат диспансерному наблюдению со стороны не только педиатра, но и невропатолога.

По данным Г.М. Даирбаевой [3], у детей, рожденных посредством КС, на первом году жизни выявлены отставание в прибавке массы тела в 80% наблюдений, увеличение частоты заболеваний респираторной инфекцией в 2 раза.

Таким образом, показания к КС должны быть тщательно обоснованы, что требует дальнейшего изучения данной проблемы с целью предупреждения и лечения как непосредственных, так и отдаленных негативных последствий для здоровья матери и ребенка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Артемьева И.И. Адаптация системы кровообращения у доношенных новорожденных детей родившихся путем кесарева сечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1990.
2. Афанасьев А.А. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1987.
3. Даирбаева Г.М. Особенности фетоплацентарной системы у беременных, ранее перенесших кесарево сечение: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Фрунзе, 1989.
4. Козаченко В.П. Беременность и роды после кесарева сечения. — М., 1979.
5. Королькова Н.М. Отдаленные результаты кесарева сечения для матери и плода: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1990.
6. Краснополяский В.И. Кесарево сечение. — М., 1997.
7. Краснополяский В.И. // Журн. акуш. и женск. бол. — 2003. — № 1. — С. 12—16.
8. Озол А.А. Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний после кесарева сечения у многоплодных женщин: Автореф. дисс. .... канд. мед. наук. — Минск, 1990.
9. Селестино Бинданг. Исход беременности и родов после перенесенной операции кесарева сечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Киев, 1992.
10. Стрижаков А.Н., Лебедев В.А. Кесарево сечение в современном акушерстве. — М., 1998.
11. Чернуха Е.А. // Акуш. и гин. — 2002. — № 6. — С. 3—7.

Поступила 15.12.04.