

М.Г. Дрангой

**Кесарево сечение и всё,
что надо о нём знать**

Москва, 2017

УДК 612
ББК 28.703
Д72

Д72 Дрангой М. Г.
Кесарево сечение и все, что надо о нем знать / Дрангой М. Г. — М.: Научная книга / T8RUGRAM, 2017. — 288 с.

ISBN 978-5-519-50426-3

С годами всё большее число женщин выбирают роды путём кесарева сечения, даже если для этого нет соответствующих медицинских показаний.

В данной книге рассмотрены методы операции кесарева сечения, возможные осложнения после операции и их профилактика. Отдельная глава посвящена изменениям в жизни женщины после операции кесарева сечения.

Книга написана простым и доступным языком и будет полезна для широкого круга читателей.

УДК 612
ББК 28.703
BIC VFXB
BISAC HEA041000

Издательство не несет ответственности за возможные последствия, возникшие в результате использования информации и рекомендаций этого издания. Любая информация, представленная в книге, не заменяет консультации специалиста.

ISBN 978-5-519-50426-3

© ООО Литературная студия
«Научная книга», издание, 2017
© T8RUGRAM, оформление, 2017

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Снижение материнской и детской заболеваемости и смертности в значительной мере определяется своевременным и правильным выбором метода родоразрешения. Особое значение при этом приобретают методы оперативного родоразрешения. В последнее время отмечается тенденция к значительному увеличению операций, что преследует цель существенно улучшить исход родов для плода и матери при некоторых формах акушерской и другой патологии органов и систем женщины.

Существенными причинами, приводящими к увеличению частоты кесарева сечения, кроме возросшей частоты гинекологических и акушерских заболеваний у женщин, а также других заболеваний органов и систем, являются снижение показателей рождаемости, увеличение частоты первородящих в возрасте старше 30 лет, внедрение в клиническую практику новых диагностических исследований, увеличение количества социальных показаний к родоразрешению.

Операция кесарева сечения представляет собой метод родоразрешения, основанный на рождении ребенка не через естественные родовые пути, а путем извлечения плода через переднюю брюшную стенку. Считается, что данный метод родоразрешения менее травматичен, чем через естественные родовые пути, особенно если имеются внутриутробное страдание и дискомфорт плода. Однако метод оперативного родоразрешения является фактором высокого риска как для матери, так и для новорожденного. Это связано зачастую с показаниями, послужившими причиной выбора оперативного родоразрешения (тяжелая патология

органов и систем матери, плода, гинекологические заболевания, а также аномалии развития плода и врожденные аномалии репродуктивной системы матери).

Далее более подробно будет рассмотрена структура показаний к операции кесарева сечения, возможные осложнения этого метода родоразрешения, а также методы профилактики этих осложнений и возможность в дальнейшем самостоятельных родов.

Хочется добавить, что существует множество исследований отдаленных результатов кесарева сечения как для матери, так и для ребенка, был осуществлен анализ результатов развития детей, извлеченных оперативным путем, который позволил сделать заключение, что из всех хирургических родоразрешающих операций кесарево сечение оказывает наименьшее отрицательное влияние на последующее психомоторное развитие детей.

История развития абдоминального родоразрешения

Операция кесарева сечения является одной из самых древних операций. В мифах Древней Греции описано, что с помощью этой операции были извлечены из чрева умерших матерей Асклепий и Дионис.

Известны сведения конца VII в. до нашей эры о том, что римский император Нума Помпилиус издал закон, по которому погребение погибших беременных женщин разрешалось только после извлечения ребенка путем чревосечения. Впоследствии операции кесарева сечения (но только на умерших женщинах) стали производиться во многих странах.

В дальнейшем операция кесарева сечения проводили многие лекари. В конце XVI в. придворный врач французского короля Карла IX хирург Амбруаз Паре начал

выполнять кесарево сечение на живых женщинах, но исход операции всегда был смертельным. Такое положение вещей было связано с ошибочным представлением о том, что разрез на матке после операции не нужно зашивать, рассчитывая на ее сократительную способность, однако именно это было причиной смертельного исхода после кесарева сечения. Поэтому в течение трех веков данную операцию производили лишь в единичных случаях. Введение антисептики не отразилось существенным образом на результатах кесарева сечения, так как рану на матке по-прежнему оставляли не ушитой. Несмотря на отдельные удачные исходы, кесарево сечение являлось смертным приговором для женщины. Операцию выполняли только ради спасения ребенка, когда спасти жизнь матери было уже невозможно.

Следующим этапом в развитии техники операции кесарева сечения стало предложение в 1876 г. Г. Е. Рейном и независимо от него Е. Порро метода удаления матки после извлечения ребенка и вшивания культи шейки матки в брюшную рану. После этого летальность кесарева сечения снизилась до 24,8 %.

Однако применение такой методики операции продолжалось недолго, так как в 1881 г. была выполнена операция кесарева сечения с ушиванием разреза матки трехэтажным швом. Операция закончилась благополучно, женщина выжила, что послужило началом нового этапа становления операции кесарева сечения. Теперь этот метод применяли более часто и уже не только на умирающей, но и в целях спасения жизни женщины. Стало возможным проводить операцию кесарева сечения в связи с наличием показаний со стороны матери, таких как эклампсия, предлежание плаценты, абсолютно узкий таз. Тем не менее материнская смертность после кесарева сечения оставалась высокой. Кесарево сечение

производили корпоральным разрезом, и если женщина выживала после операции, то при повторных родах она умирала от разрыва матки. В 20-х гг. XX в. наступил следующий этап в развитии методов интраперитонеального ретровезикального кесарева сечения. Хорошие результаты, получаемые при применении данного метода операции, резко увеличили частоту кесарева сечения. К примеру, в Институте акушерства и гинекологии академии медицинских наук СССР в Ленинграде частота операций достигла 1,46 %, т. е. возросла почти в 20 раз по сравнению с 1908 г. (0,08 %).

Переломным этапом развития операции кесарева сечения можно назвать середину 1950-х гг., когда началась эра антибиотиков. К этому времени были достаточно разработаны и внедрены в практику переливание крови, хирургическое обезболивание, усовершенствована техника операции. Отметилось снижение материнской смертности. Летальный исход от септических осложнений во многих родовспомогательных учреждениях стал исключением, и причиной материнской смертности чаще всего являлась та патология, которая обусловила проведение абдоминального родоразрешения.

Это обстоятельство повлияло на расширение показаний к проведению операции кесарева сечения в интересах плода. В связи с учащением случаев кесарева сечения появилась новая задача в практике акушеров-гинекологов: последующие беременность и родоразрешение женщин, перенесших эту операцию.

Предстояло решать проблему определения условий, при которых необходимо производство повторного кесарева сечения. Однако следует отметить, что в связи с новыми возможностями диагностики в медицине появилось больше возможностей диагностировать угрожающий разрыв матки по рубцу и изучения отдаленных результатов абдоминального родоразрешения для матери и ребенка.

Развитие метода операции кесарева сечения стало возможным благодаря развитию микробиологии, общей хирургии, анестезиологии и реаниматологии, иммунологии, трансфизиологии, фармакологии.

Одними из самых существенных достижений, конечно же, является анестезиологическое и реанимационное обеспечение кесарева сечения. Еще 20—25 лет тому назад кесарево сечение производилось в основном под местной анестезией, а в настоящее время акушеры-гинекологи с трудом могут представить техническое проведение такой операции вообще.

Совершенствующиеся в последние два десятилетия методы анестезиологического обеспечения наркотических веществ на плод, а также успехи реанимации новорожденных позволили значительно улучшить исходы кесарева сечения для новорожденного.

В свою очередь понимание природы иммунных процессов в организме как здоровых беременных женщин, так и беременных с различными экстрагениальными заболеваниями и осложнениями беременности и родов позволило своевременно диагностировать и лечить иммунодефицитные состояния. Успехи в развитии трансфузиологии (переливания крови) позволили свести к минимуму посттрансфузионные осложнения.

Частота операций кесарева сечения в современном акушерстве

Успехи в развитии абдоминального родоразрешения вызвали значительное увеличение частоты кесарева сечения во всем мире за последние 15—20 лет. Так, по сводным данным 31 автора (А. С. Слепых, 1986 г.), за период с 1940 по 1958 гг. частота кесарева сечения в США составляла 3,49 %, в Германии — 3,17 %, во Франции — 2,83 %, в Испании — 2,76 %, в Швейцарии — 2,94 %, в Ита-

лии — 4,37 % и в Польше — 4,15 %. В то же время по данным 28 отечественных авторов, с 1942 по 1960 гг. в нашей стране показатель кесарева сечения в среднем составил 1 %. К середине же 1980-х гг. частота кесарева сечения во всех странах возросла в 3—4 раза, достигнув в Европе 12—16,7 %, Канаде — 18,7 %, США — 20,4 %, в нашей стране в среднем 3 %.

Следует отметить, что, говоря о частоте кесарева сечения, нельзя не учитывать тот факт, что имеет место колебание показателя как в отдельно взятом родовспомогательном учреждении, так и в разных регионах каждой страны. Понятно, что в крупных, технически хорошо оснащенных родовспомогательных стационарах с высококвалифицированным персоналом частота проведения кесарева сечения значительно выше, чем в небольших родильных домах.

Также к факторам, влияющим на частоту операций кесарева сечения, можно отнести уровень стационарного родовспоможения в данной области или стране, удельный вес акушерской патологии среди госпитализированных беременных и рожениц в данном родовспомогательном учреждении, принятые тактические установки, квалификацию акушеров, уровень экономического развития страны, религиозные запреты, паритет (время между родами).

В некоторых странах Средней Азии, к примеру, до середины 1980-х гг. кесарево сечение многорожавшим женщинам производилось в единичных случаях, что во многом обусловлено имевшим место в прежние годы стремлением к родоразрешению их только через естественные родовые пути, даже если это завершалось эмбриотомией. Однако рост перинатальной заболеваемости и смертности именно у данной категории женщин обусловил необходимость оптимизации тактики родоразрешения многорожавших женщин за счет увеличения частоты кесарева сечения.

В современной практике акушера-гинеколога операция кесарева сечения получила большее распространение. Это связано с расширением показаний к абдоминальному родоразрешению, что способствовало улучшению исходов беременности для матери и плода при тяжелых формах гестозов, аномалиях расположения плаценты и ее преждевременной отслойке, ряде экстрагенитальных заболеваний, осложненном течении родов, недоношенной беременности, неправильных положениях и тазовых предлежаниях плода, а также фетоплацентарной недостаточности. Поэтому в настоящее время кесарево сечение является основой родоразрешающей операцией и ее частота наряду с показателями материнской и перинатальной смертности характеризует качество работы лечебно-профилактических учреждений.

В России по разным стационарам показатель частоты операций кесарева сечения варьирует от 7,2 до 40,3 %. Колебания частоты кесарева сечения, как и раньше, зависит в первую очередь от квалификации (высокого уровня) медицинской помощи, материально-технического обеспечения акушерских стационаров, а также в значительной мере определяются контингентом беременных и количеством осложнений в послеоперационном и неонатальном (первый месяц жизни ребенка) периодах.

Показания и противопоказания к операции кесарева сечения. Условия, необходимые для ее выполнения

Абсолютные показания к кесареву сечению

При определении показаний к проведению операции кесарева сечения традиционно выделяют абсолютные показания. За последние 10 лет по данным лите-

ратуры отмечается, что с начала 1980-х гг. среди показаний к абдоминальному родоразрешению все чаще встречаются относительные показания и особенно часто — совокупность относительных показаний в интересах плода, когда операция выполняется в целях снижения перинатальной заболеваемости (в первый месяц жизни ребенка) и смертности.

Однако по мере эволюции методики абдоминального родоразрешения и улучшения его исходов классическое представление об абсолютных показаниях рождения или извлечения плода через естественные родовые пути существенно изменилось.

Сегодня абсолютные показания включают группу причин, представляющих опасность для жизни матери и ребенка. В результате выделяют показания со стороны матери и со стороны плода.

Абсолютные показания зачастую известны практически с самого начала беременности, поэтому своевременная их диагностика позволяет подготовить женщину к плановому кесареву сечению.

Группа абсолютных показаний к кесареву сечению со стороны матери.

1. *Анатомически узкий таз (III—IV степени сужения)*, когда истинная акушерская конъюгата составляет 7,5—8,0 см или меньше. I—II степени сужения в том случае, когда во время родов диагностируется клинически узкий таз (несоответствие размеров плода тазу матери).

По статистическим данным в последнее время частота анатомически узкого таза снизилась с 7,2 до 2,4 % всех родов и составляет на настоящий момент 6,2 %.

Анатомически узкий таз классифицируют по форме и степени сужения.

В отечественном акушерстве принята следующая классификация.